UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1960 N° 34

LES HÉMORRAGIES DES HERNIES HIATALES DE L'ADULTE

(A PROPOS DE 13 OBSERVATIONS)

Thèse

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée et soutenue publiquement en Juin 1960

PAR

Jean VERGNES

Externe des Hôpitaux

JURY

Pr. DARNAUD	Président
Pr. MÉRIEL	Assesseurs
Pr. POULHÈS	Assesseurs
Pr RUFFIÉ	Assesseurs
Dr. DENARD	Suppléant

TOULOUSE
IMPRIMERIE CHAUVIN
9, rue des Cheminots

1960

Les Hémorragies des Hernies Hiatales de l'Adulte

(A propos de 13 Observations)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen. . . . . MM. LAZORTHES

Assesseur. . . . . BRUSTIER.

Doyens honoraires. . . . . GORSE. CALVET. LEFEBVRE.

Professeurs honoraires. . . . . MM. VALLOIS. CLERMONT. DUCUING. RIBAUT. NANTA. TAPIE.

SECTION MÉDECINE
PROFESSEURS

Clinique médicale. . . . . MM.	MÉRIEL. GADRAT.
Clinique chirurgicale et gynécologie.	FABRE (P.).
Clinique chirurgicale et du cancer. .	GRIMOUD.
Clinique chirurgic. infant. et orthop.	VIRENQUE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BAZEX.
Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose.	MOREL.
Clinique des maladies des voies urinaires.	
Clinique médicale infantile et puériculture.	SOREL (R.).
Clinique de neurologie et de psychiatrie.	RISER.
Clinique obstétricale.	GUILHEM
Odonto-stomatologie	CADENAT.
Clinique ophtalmologique.	CALMETTES.
Clinique O. R. L. et de chirurgie maxillo-faciale.	CALVET.
Anatomie.	LAZORTHES.
Anatomie appliquée	POULHES.
Anatomie pathologique.	FABRE (J.).
Bactériologie, hygiène, médecine sociale.	ANDRIEU.
Chimie biologique.	VALDIGUIÉ.
Electro-Radiologie.	MARQUÈS.
Embryologie.	BROUSSY.
Histologie.	BIMES.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	DARNAUD.
Médecine légale et du travail.	PLANQUES.
Médecine sociale.	BOUNHOURE.
Parasitologie.	BOUISSET.
Pathologie chirurgicale.	RIEUNAU.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Physico Chimie.	AUVERGNAT.
Physiologie.	SOULA.
Physiologie, appliquée et Pharmacologie	BAISSET.
Physique biologique et médicale. . . .	RUGNARD.
Propédeutique médicale.	GÉRAUD.
Thérapeutique.	

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée. . . . . COULOUMA.

Pathologie générale. . . . . LAPORTE (J.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Bactériologie. . . . . Mme ENJALBERT.

Physiologie. . . . . LAPORTE (Y.).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Chimie médicale. . . . . MM.	DOUSTE-BLAZY
Histologie	PLANEL.
Physiologie.	MONTASTRUC.
Physique Médicale.	BRU.
Anatomie Pathologique	BOUISSOU.
Parasitologie.	RUFFIÉ (J.).

AGRÉGÉS

Pathologie Médicale. . . . . MM.	DARDENNE. MONNIER. RIBAUT. RUFFIÉ (R.). DELAUDE. CALAZEL.
Pathologie Chirurgicale . . . . . MM.	ENJALBERT. FICAT. PASQUIÉ. SOUQUET.
Médecine légale et du Travail. .	GREZES-RUEFF.
Obstétrique.	PONTONNIER.
Ophtalmologie.	DÉODATI.
Oto-Rhino-Laryngologie.	CLAUX.
Pédiâtrie et puériculture.	BARDIER (A.).
Stomatologie.	CADENAT (H.).
Urologie.	LHEZ.

SECTION PHARMACIE
PROFESSEURS

Chimie analytique, toxicologie et hygiène industrielle.	BRUSTIER.
Pharmacie.	CAUJOLLE.
Histoire naturelle.	DELAS.
Matière médicale. . . . . MM.	VINCENT.
Chimie pharmaceutique.	BLANC.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Sciences naturelles. . . . . Mme DULUCQ-MATHOU.

Pharmacie. . . . . M. COUTURIER.

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Sciences appliquées. (Toxicologie). . . . . BOURBON.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Sciences naturelles. . . . . Mlle MEYNIER. ROUX. BREUILLAUD.

Sciences Physiques. . . . . PITET.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal de la Faculté. . . . . M. LAROCHE

Secrétaire. . . . . Mme LAFFONT

La Faculté déclare ne pas être responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

R. UNIV
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1960 N° 34

LES HÉMORRAGIES DES HERNIES HIATALES DE L'ADULTE

(A PROPOS DE 13 OBSERVATIONS)

Thèse

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée et soutenue publiquement en Juin 1960

PAR

Jean VERGNES

Externe des Hôpitaux

JURY

Pr. DARNAUD	Président
Pr. MÉRIEL	Assesseurs
Pr. POULHÈS	Assesseurs
Pr. RUFFIÉ	Assesseurs
Dr. DENARD	Suppléant

TOULOUSE
IMPRIMERIE CHAUVIN
9, rue des Cheminots

1960

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548920_0093

JE DÉDIE CE TRAVAIL :

A LA MÉMOIRE DE JEAN-PIERRE SARRADELL

Externe des Hôpitaux,

Etudiant en 5e année de médecine,

décédé le 6 octobre 1958.

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A qui je dois tout.
En témoignage de ma profonde gratitude et de mon grand amour filial.

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

Avec toute mon affection.

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE,
A LEURS ENFANTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE TOULOUSE

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DARNAUD

Professeur d'Hydrologie et de Climatologie thérapeutiques,
Membre de la Société Française de Gastro-Entérologie,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Avec notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse.

Que ce travail soit le témoignage de notre admiration et de nos sentiments respectueusement dévoués.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MÉRIEL

Professeur de Clinique Médicale,
Médecin Chef des Hôpitaux,
Vice-Président de la Société Française de Cardiologie,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Vous nous avez fait le très grand honneur de bien vouloir juger ce travail.

Nous sommes flatté et honoré d'avoir été votre externe.

Nous vous prions d'agréer avec nos plus vifs remerciements, notre respectueuse gratitude pour l'enseignement dont vous nous avez fait bénéficier à l'Hôpital.

MONSIEUR LE PROFESSEUR POULHÈS

Professeur d'Anatomie Appliquée,
Chirurgien des Hôpitaux.

Avec notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger cette thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RUFFIÉ

Professeur Agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux.

Pour votre bien veillant accueil lors de notre stage d'externe.

Vous nous avez fait profiter de votre grande expérience clinique.

Vous voudrez bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR DENARD

Chargé de Cours à la Faculté,
Assistant des Hôpitaux.

Avec nos respectueux remerciements pour avoir bien voulu être parmi nos juges.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VOISIN

Assistant des Hôpitaux.

Vous avez bien voulu nous guider et nous aider dans l'élaboration de ce travail.

Nous vous remercions très chaleureusement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TALAZAC

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale et Urologique.
Ancien Interne des Hôpitaux.

Vous avez été pour nous un remarquable exemple.

Vous nous avez aidé en grand nombre de circonstances, et nous ne l'oublierons pas.

Pour l'amitié que vous nous avez toujours accordé, soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A NOS CAMARADES
DE LA FACULTÉ ET DE L'EXTERNAT

Introduction

Longtemps méconnues, les hernies hiatales occupent actuellement une place importante dans la pathologie digestive supérieure. Pour certains auteurs, comme Hillemand et Debray, leur fréquence dépasse nettement celle des ulcères gastriques.

L'apparition d'hémorragies digestives chez un malade porteur d'une hernie hiatale n'est plus de nos jours d'observation exceptionnelle. En effet, si les hématémèses et les melaenas apparaissent en faible pourcentage chez de tels malades, la grande fréquence de ces hernies rend compte du nombre important de cas où l'hémorragie leur est imputable. Aussi est-il possible qu'une partie tout au moins des hémorragies dites « cryptogénétiques » trouve une explication dans l'existence d'une hernie hiatale méconnue.

Nous nous sommes fixé dans cette étude de traiter uniquement des hémorragies macroscopiques, bien qu'il semble, à l'heure actuelle, que le mécanisme du saignement soit responsable pour une grande part des formes dites « anémiques »; mais il s'agit là d'hémorragies occultes, microscopiques, sortant donc du cadre de ce travail.

Nous rapportons ici treize cas d'hémorragies digestives au cours de hernie hiatale. Il est bien entendu que nous avons éliminé un certain nombre d'observations où l'origine

du saignement prêtait à discussion en raison d'une association morbide, susceptible à elle seule de provoquer l'hémorragie. De ces treize observations, onze proviennent du service de Médecine Nord de l'Hôpital Purpan de Toulouse, une nous a été aimablement fournie par le Docteur VOISIN, enfin nous rapportons l'observation d'un cas personnel.

Nous tenons à remercier ici, d'une part, Monsieur le Professeur DARNAUD pour la confiance qu'il nous fait en nous proposant ce sujet de thèse; d'autre part, Monsieur le Docteur VOISIN qui a bien voulu nous guider et nous conseiller dans l'élaboration de ce travail.

Nous étudierons :

1. L'historique.
2. Les facteurs étiologiques.
3. L'étude clinique.
4. Les examens paracliniques.
5. Les diagnostics positif et différentiel.
6. L'anatomie pathologique.
7. La physiopathologie.
8. Le traitement.

Historique

La hernie diaphragmatique est une affection connue depuis les premiers temps de la médecine, puisque Hippocrate déjà mentionnait son existence.

Beaucoup plus près de nous, Ambroise Paré rapportait deux observations, dont la description devait rester historique, tandis que Pean, en 1880, osait pour la première fois traiter chirurgicalement cette affection.

Mais il faut attendre l'année 1920 pour voir, avec la thèse de Jean Quenu, le premier travail consacré aux hernies diaphragmatiques. Cet auteur rapporte dans ses observations un certain nombre de cas de hernies hiatales, dont quatre compliquées d'hémorragies. C'est en 1926, qu'Akerlund devait admirablement bien compléter les travaux de Quenu, en étudiant les hernies diaphragmatiques au point de vue anatomique et radiologique.

A la suite de ces auteurs, la hernie hiatale devient l'objet d'un nombre considérable de travaux. Toutefois, la forme hémorragique de cette affection, considérée longtemps comme exceptionnelle, n'est que rarement étudiée. Il faut citer cependant :

En 1937, Carnot et Lafitte, qui rapportent un cas de forme hémorragique avec hématémèses importantes aboutissant à la mort de la malade. L'intérêt de cette étude réside essentiellement dans le compte rendu nécropsique détaillé, confirmant l'origine herniaire de l'hémorragie.

En 1946, Ravault, Roche et Confavreux font paraître un article intitulé « Hernie diaphragmatique compliquée d'hématémèse », tandis que de son côté Mendelsohn traite dans *Radiology 46* du même sujet.

En 1950, mentionnons les travaux de Pavlowski, Neuman et Joly.

En 1951, Miller et Bowden, en Amérique, reconnaissent que la toux et les aspirations trachéales post-opératoires ont pu, chez quatre de leurs malades porteurs d'une hernie hiatale, déterminer d'importantes hématémèses.

En 1952-1953, paraît un certain nombre de thèses traitant des hernies hiatales. Les hémorragies ne sont que mentionnées ou étudiées très rapidement (Thèses de Albouy David, Laroyenne...).

En 1953, tandis qu'à l'étranger, Walstad et Carlson proposent la phrénicectomie comme traitement des hématémèses par hernie diaphragmatique; en France, Léger et Ballade ne retrouvent dans toute la littérature mondiale qu'une quarantaine d'observations de formes hémorragiques.

A partir de cette date, les publications relatives à cette complication deviennent de plus en plus nombreuses; nous citerons les travaux d'Hillemand, Lortat-Jacob, Robert, Bréchot, et leurs collaborateurs, pour ne mentionner que les plus connus. Mais c'est à Debray que l'on doit la mise au point de nos connaissances actuelles. En effet, de 1957 à nos jours, cet auteur rapporte dans une série d'articles les résultats de ses observations portant sur 440 cas de hernie hiatale, et 100 cas de formes hémorragiques de hernie hiatale chez l'adulte.

Etiologie

Un certain nombre de facteurs étiologiques paraissent particuliers aux formes hémorragiques des hernies hiatales. Nous envisagerons successivement :

1. La fréquence : des hernies hiatales en général, puis celle des formes hémorragiques.
2. L'âge.
3. Le sexe.
4. Les causes déclanchantes des hémorragies chez des malades porteurs de hernie hiatale.

I. LA FRÉQUENCE

Et tout d'abord :

a) *La fréquence des hernies hiatales en général*

En la recherchant systématiquement à la radiographie, Michel Conte retrouve une hernie du hiatus œsophagien chez 10 % des personnes âgées. Aussi convient-il de mettre d'emblée en évidence le fait suivant : les hernies hiatales découvertes par la radiologie ne présentent pas toutes une symptomatologie clinique et certaines peuvent rester absolument muettes pendant parfois de longues années. Il n'en est pas moins vrai que les hernies hiatales cliniquement « parlantes » sont suffisamment fréquentes pour que des

auteurs comme HILLEMAND et DEBRAY les classent juste après les gastrites (cette affection étant considérée comme la plus couramment rencontrée en pathologie gastrique).

b) *La fréquence des formes hémorragiques de hernie hiatale*

Il est bien plus difficile de se faire une idée exacte sur la fréquence des hémorragies dues à une hernie hiatale. En effet, depuis les travaux de Jean QUENU et d'AKERLUND, nombreux sont les auteurs qui ont traité des hernies diaphragmatiques, rares sont ceux qui ont axé leur étude sur les formes hémorragiques. En 1953, LÉGER et BALLADE écrivaient: « Le nombre d'observations de hernies diaphragmatiques révélées par une hématémèse, ne dépasse guère à l'heure actuelle la quarantaine, ce qui, en comparaison du nombre des cas de hernies diaphragmatiques publiés, demeure relativement minime ».

Entre 1950 et 1960, de très nombreux auteurs devaient rapporter des cas d'hématémèse ou de melaena apparus chez des malades porteurs d'une hernie hiatale. Mais, à chaque fois, le nombre d'observation était trop faible pour permettre à l'auteur de préjuger de la fréquence de cette complication. Avec les récents travaux de DEBRAY, faisant état de 100 cas d'hémorragies par hernie hiatale, se confirme l'opinion actuelle qui tend à faire des formes hémorragiques des hernies hiatales une complication suffisamment fréquente pour la suspecter chaque fois qu'une hémorragie digestive ne fait pas sa preuve.

II. L'AGE

Les hémorragies des hernies hiatales peuvent se voir à tout âge. Il convient toutefois de remarquer que la fréquence de cette complication en fonction de l'âge demeure très variable; le nourrisson et l'adulte de la cinquantaine apparaissant comme nettement plus prédisposés que les autres malades. Du nourrisson, nous ne ferons que mentionner la possibilité de présenter cette complication, la forme de l'enfant sortant du cadre de notre étude.

En ce qui concerne l'adulte, la majorité des auteurs s'accorde actuellement pour fixer l'âge moyen entre 40 et 60 ans (HILLEMAND, LÉGER et BALLADE, HARVIER, HONAIN, BRETTE...), ce que confirment les récentes statistiques de DEBRAY, que nous rappelons ici :

de 10 à 20 ans.....	2 %
de 20 à 30 ans.....	4 %
de 30 à 40 ans.....	13 %
de 40 à 50 ans.....	20 %
de 50 à 60 ans.....	34 %
de 60 à 70 ans.....	19 %
de 70 à 80 ans.....	8 %

En ce qui concerne nos observations personnelles, douze de nos malades ont un âge supérieur à 50 ans. Un seul cas de moins de 50 ans, l'observation n° 3, qui concerne une jeune femme de 29 ans.

III. LE SEXE

Il était classique, jusqu'à ces dernières années, d'admettre que la hernie hiatale se voyait avec une prédominance particulière chez la femme (HILLEMAND, HONAIN, BRUGGER, BRETTE, RUDLER et GARNIER ; thèses de LAROYENNE, DAVID...) ; de plus, le nombre très restreint d'observations relatives aux hémorragies des hernies hiatales paraissait de la même manière mettre en évidence une prédominance féminine. Il suffit pour cela de se rapporter aux articles de BRUGGER, DELLA-SANTA et MARCH en 1949, LÉGER et BALLADE en 1953...

Toutefois, à la lumière de récents travaux portant d'une part sur les hernies hiatales en général, d'autre part sur les formes hémorragiques de cette affection, il apparaît que la conception classique relative à la prédominance féminine puisse être controversée. En effet, les statistiques de DEBRAY portant sur 440 cas de hernies hiatales en général, montrent une prédominance masculine assez notable, puisque cet

auteur relève 56,4 % de cas chez l'homme, pour 43,6 % de cas chez la femme, et sur les 100 formes hémorragiques il note que 66 de ses observations concernent des hommes, alors que 54 seulement intéressent des femmes.

Pour notre part, le nombre d'observations que nous rapportons est trop insuffisant pour que nous puissions en dégager une idée générale. Nous remarquons toutefois que douze cas sont apparus chez des hommes, une seule fois les hémorragies ayant eu lieu chez une femme.

IV. LES CAUSES DÉCLANCHANTES DES HÉMORRAGIES

En étudiant l'anamnèse de ces formes, il n'est pas rare, par un interrogatoire minutieux, de retrouver, soit dans les jours qui ont précédé l'hémorragie, soit encore quelques instants avant, une cause déclanchante.

Ces causes peuvent être classées en deux catégories, suivant que les moyens d'action susceptibles de déclancher l'hémorragie sont d'ordre mécanique ou d'ordre chimique.

a) *Les causes mécaniques*

— *L'effort physique* est certainement, de tous ces facteurs mécaniques, une des causes responsable de bon nombre d'hémorragies. Cet effort peut être très variable quant à son caractère et à son intensité : effort pour lever un poids, course, longues marches à pied... Pour Debray, cet effort physique précédant l'hémorragie, que l'on retrouve facilement dans bon nombre d'observations, pourrait, tout au moins dans une certaine mesure, expliquer la prédominance masculine de ces formes hémorragiques. On peut penser que cet effort physique agit, soit en augmentant la stase veineuse au niveau de la muqueuse de la poche herniée, par une contraction brutale et prolongée du diaphragme au cours de l'effort, soit encore que la polypnée consécutive à l'effort augmente d'une manière très importante les frottements au niveau du collet de la hernie, jusqu'à provoquer une érosion susceptible de déclancher une hémorragie.

Les contractions musculaires violentes du diaphragme apparaissant lors de vomissements, de crises de hoquet, ou de toux spasmodique, agissent au niveau de la hernie d'une manière analogue. Miller et Bowden rapportent quatre observations d'hémorragies digestives importantes, apparues dans les suites post-opératoires immédiates, succédant à des interventions chirurgicales pratiquées pour des affections ne présentant absolument aucun rapport avec la hernie hiatale découverte chez ces malades.

— Une de ces observations concerne un malade trachéostomisé pour vingt-quatre heures, et dont l'état nécessitait des aspirations trachéales fréquentes. Ce patient présentait, de plus, une toux spasmodique importante.

— Dans deux autres cas, l'état des malades avait nécessité de fréquentes aspirations orales et trachéales.

— Un malade, enfin, présentait une petite affection pulmonaire occasionnant des crises de toux paroxystiques.

Miller et Bowden sont d'avis que les mouvements et spasmes du diaphragme secondaires à la toux, à l'aspiration orale et trachéale, apparaissent comme la cause déclanchante des hémorragies digestives présentées par ces malades.

— *Les compressions abdominales* forment le deuxième groupe de facteurs mécaniques.

Dans certains cas, la grossesse, par la compression constante qu'elle exerce sur l'estomac, maintient la hernie en contact étroit avec l'anneau œsophagien, favorisant et même amplifiant les phénomènes de striction au niveau du collet. Que la grossesse soit retenue par certains auteurs comme cause déclanchante d'hémorragies au niveau d'une hernie hiatale, n'est pas tellement pour nous surprendre, si l'on tient compte de la fréquence extrême des gastrocèles trans-hiatales apparaissant transitoirement au cours de la grossesse. Pour Harrington, en effet, 12 % des femmes enceintes présentent une hernie hiatale qui disparaît après l'accouchement. Agissant de la même manière, on peut citer chez de tels malades porteurs d'une hernie hiatale

l'éventualité d'apparition soit d'une ascite, soit encore d'une volumineuse tumeur abdominale. Dans le cas d'une ascite cirrhotique, il est parfois difficile de faire la part, en ce qui concerne l'origine du saignement, entre hernie hiatale et varices œsophagiennes lorsque les deux anomalies sont associées. Nous avons d'ailleurs, pour cette raison, éliminé de notre étude plusieurs observations de ce type.

Il convient de noter, pour terminer, que cette compression abdominale peut être aggravée par le port de ceintures, corsets, lombostats, que BARRE conseille d'éviter le plus possible chez les malades présentant une hernie hiatale.

b) *Les causes chimiques*

Un certain nombre d'aliments et de médicaments sont connus pour leur action irritante au niveau de la muqueuse gastro-œsophagienne. Cette aggressivité est d'autant plus marquée chez des malades porteurs d'une hernie hiatale qu'ils présentent très souvent des lésions associées d'œsophagite, de gastrite, ou encore des érosions de la muqueuse au niveau du collet.

— Les médicaments : Nous nous en tiendrons à mentionner la liste des substances considérées comme particulièrement nocives (DEBRAY, LEVRAT) :

1° Les corticoïdes, avec surtout
cortisone,
delta-cortisone.
2° L'acide acétyl-salicylique (aspirine).
3° Salicylate de soude,
Phénylbutazone,
Sulfamides,
Colchique,
Antibiotiques fungiques.

Un problème de cause à effet se posant au sujet de :
Acide ascorbique,
Apronalide (Sédormid).

— Les aliments : DEBRAY rapporte que dans 2 % des cas, l'hémorragie serait survenue après un « repas copieux » et 2 % après ingestion de boissons alcoolisées fortes.

Etude Clinique

Nous rapportons dans ce travail treize cas de malades porteurs d'une hernie hiatale, qui ont présenté une ou plusieurs hémorragies macroscopiques, soit dans leurs antécédents récents, soit lors de leur admission à l'hôpital. Dans onze cas, l'hémorragie était le signe majeur, commandant l'hospitalisation.

Souvent, d'ailleurs, qu'il s'agisse d'une hématémèse, d'un melaena, ou d'une association de ces deux modes de saignement, l'hémorragie ne s'accompagnait pas de signe susceptible d'orienter vers le diagnostic. De toute façon, comme nous l'avons dit, nous n'avons retenu que les cas où seule la hernie hiatale constituait la lésion susceptible d'expliquer le phénomène.

Nous envisagerons successivement :
— Les manifestations hémorragiques.
— Les symptômes associés.
— Les aspects cliniques de cette complication.

I. LES MANIFESTATIONS HÉMORRAGIQUES

A. Les hématémèses

Prodromes. — Ch. Debray attache une grande valeur diagnostique à la notion d'une violente douleur rétro-xyphoïdienne à type de déchirure dans le diagnostic d'une hernie hiatale. Il fait remarquer, cependant, qu'une telle

éventualité est rare dans les prodromes immédiats d'une hémorragie. David signale l'existence de douleurs épigastriques assez violentes accompagnées d'asthénie intense. Nous n'avons pas retrouvé de prodromes bien nets dans la plupart de nos observations; dans deux cas (observations n°s 1 et 13), les hémorragies avaient été précédées d'un hoquet.

Caractères de l'hématémèse. — Le sang rejeté est tantôt rouge rutilant, tantôt mêlé à des caillots noirâtres; l'émission se fait très généralement avec des efforts de vomissement, qui peuvent s'associer à de la toux par irritation laryngée. Toutefois, dans deux de nos observations (n°s 3 et 11), il s'agissait bien plus de régurgitations sanglantes que de véritables hématémèses.

Abondance. — Le plus souvent, le volume du sang rejeté fait qualifier l'hématémèse de « moyenne ». Néanmoins l'hémorragie a été suffisamment abondante pour entraîner une chute globulaire importante, aux alentours de 3 millions et pour nécessiter des transfusions. C'est le cas de 46 % des malades de Debray. Sur huit observations d'hématémèse que nous rapportons, quatre font état de saignement de moyenne abondance (observations n°s 1, 4, 8, 10).

Pour Lortat-Jacob, une hémorragie dramatique peut être le signe d'une hernie jusque-là latente. C'est le cas d'un de nos malades (observation n° 2), qui devait être hospitalisé d'urgence, dans un tableau de grande hémorragie, la formule et numération pratiquées à son entrée faisant état d'une anémie à 1 600 000.

Quant aux formes cataclysmiques, elles semblent très rares, et Debray n'en a jamais observé dans ses 100 cas.

Par contre, le saignement peut se résumer à quelques stries sanglantes apparaissant dans les vomissements et les régurgitations, comme cela c'est produit dans nos observations n°s 3 et 11.

Evolution. — Au cours des hernies hiatales, et à l'encontre de ce qui se passe dans les ulcères gastro-duodénaux, la reprise de l'hématémèse dans l'immédiat paraît exceptionnelle. Pour Debray, « le saignement de la hernie hiatale apparaît brusque, épisodique, rapidement résolutif, véritable à-coup de sang gastrique ».

Si nous reprenons nos observations d'hématémèses, nous constatons :

obs. n° 1 : une hématémèse isolée;
obs. n° 2 : une hématémèse isolée;
obs. n° 3 : fréquentes sialorrhées sanglantes;
obs. n° 4 : une hématémèse isolée;
obs. n° 6 : une fois vomissements sanglants;
obs. n° 8 : hématémèses répétées;
obs. n° 10 : deux hématémèses à plusieurs années d'intervalle;
obs. n° 11 : quelques régurgitations sanglantes.

Les récidives à distance paraissent par contre plus fréquentes. Debray mentionne ainsi que 29 % de ses malades ont présenté une répétition de leur hématémèse, et cela au moins deux fois, le record étant constitué par l'observation d'un malade qui présenta neuf accidents hémorragiques étalés sur une dizaine d'années.

B. Le melaena

Nous étudierons tout d'abord le melaena isolé, en raison de son intérêt diagnostique; et bien que cette forme paraisse effectivement plus rare que l'hématémèse isolée, nous en avons, pour notre part, observé cinq cas, soit autant que d'hématémèse seule.

Prodromes. — Les signes de shock peuvent ici attirer l'attention, constituant pendant quelques temps tout au moins, le seul symptôme. Cela se voit dans le cas d'un épanchement suffisamment abondant, au moment du saignement, et bien avant l'extériorisation de cette masse sanguine. Il s'agit alors des signes classiques de shock hémorragique, comme nous avons pu l'observer chez deux de nos malades (observations n°s 4 et 13).

Caractères. — Dans le cas d'un melaena abondant, la symptomatologie se réduit en général en une envie impérieuse d'aller à la selle, suivie du rejet d'un liquide classiquement comparé à du goudron. Lorsque la quantité de sang épanché est moins abondante, le malade ne présente pour toute symptomatologie que l'émission de selles noirâtres, et celles-ci seront le plus souvent dépistées par l'interrogatoire du médecin.

Durée. — A l'opposé des hématémèses, le melaena se prolonge pendant un certain nombre de jours, témoignant souvent d'une certaine lenteur du transit à évacuer le sang extravasé, soit encore du caractère distillant du processus hémorragique.

C. L'association hématémèse et melaena

La plupart du temps, et il s'agit là d'un phénomène très banal, l'hématémèse est suivie d'un melaena de faible abondance, qui traduit simplement l'évacuation par voie basse du sang qui n'a pas été rejeté par hématémèse.

Dans d'autres cas, quelque temps après une hématémèse suivie d'un melaena minime, peut apparaître un melaena abondant, traduisant un nouveau saignement. Ce melaena a la valeur d'une nouvelle hémorragie.

Assez fréquemment, le malade peut présenter un ou plusieurs melaena comme première manifestation hémorragique, puis quelques jours, quelques mois, ou même quelques années après, apparaît une hématémèse, comme nous avons pu l'observer chez trois de nos malades (observations n°s 2, 4, 6).

II. LES SIGNES ASSOCIÉS

Tous nos malades ont été hospitalisés pour hémorragie intestinale, sans que l'origine herniaire des saignements ait été suspectée. Presque toujours, l'évolution des faits devait suivre le même cours. Nous nous trouvions devant un malade dont l'examen clinique était pauvre, le plus souvent

même négatif, et dans tous les cas incapable de nous orienter vers l'affection causale. Par contre, l'interrogatoire minutieux de tels malades devait souvent nous mettre sur la voie du diagnostic. En effet, la symptomatologie de la hernie hiatale est assez caractéristique, et si la réunion de tous les signes est exceptionnelle chez un même patient, il n'est pas rare que quelques signes suffisent à faire suspecter un diagnostic que les examens paracliniques confirmeront.

Aussi pensons-nous intéressant, dans une telle étude, de traiter les signes des hernies hiatales que peut mettre en évidence l'interrogatoire du malade.

1° La douleur

La douleur est un des signes les plus fréquents des hernies hiatales, et si cette douleur est éminemment variable avec les malades, elle n'en présente pas moins un certain nombre de caractères qui lui sont propres.

Le siège. — Le malade se plaint, le plus souvent, d'une douleur épigastrique haute, qu'il situe dans la région xyphoïdienne. Il arrive parfois que ces manifestations douloureuses soient décalées vers le bord interne du sein gauche, posant alors un problème de diagnostic différentiel avec les douleurs d'origine cardiaque. Il peut se faire, comme le signale Lortat-Jacob, que dans quelques cas les douleurs siégent dans la région abdominale.

Les caractères. — Cette douleur est le plus souvent comparée soit à des tiraillements ou des brûlures, soit encore à une impression de constriction intense, et dans presque tous les cas, accompagnée d'une indéfinissable sensation d'angoisse. Une de nos malades se plaignait (et cela bien avant la mise en évidence de sa hernie hiatale) d'une impression de « ballonet qui se gonfle, dès les premières prises alimentaires », cette gêne se transformant assez vite en une douleur très vive à type de compression, que seule une éructation souvent minime parvenait à calmer

et même à dissiper entièrement. Lortat-Jacob, de son côté, décrit des douleurs à type ulcéreux ou lithiasique, tandis que Darnaud et Debray signalent l'existence de douleurs angineuses comme signe de hernie hiatale.

L'irradiation. — L'irradiation de cette douleur se fait généralement soit vers le haut en suivant un trajet postérieur en direction de l'épaule gauche ou un trajet rétrosternal en direction de la base du cou, soit vers le bas dans l'hypochondre gauche. Certains auteurs, tel David, décrivent des irradiations en barre ou encore transfixiantes.

L'intensité. — L'intensité de la douleur de la hernie hiatale est très variable. Certains de nos malades accusaient une simple gêne ou oppression, tandis que d'autres se plaignaient d'une douleur intense, parfois même syncopale.

L'horaire. — Cette douleur apparaît le plus souvent postprandiale tardive ou semi-tardive, bien que nous ayons observé dans le cas dont nous faisions état tout à l'heure, l'apparition de la douleur dès la moindre prise alimentaire.

Le déclanchement. — Dans le cas de la hernie hiatale, le déclanchement de la douleur apparaît souvent comme un signe très particulier à cette affection. L'anteflexion du tronc peut provoquer l'apparition de la douleur, c'est le classique signe du « lacet de soulier » décrit par Hillemand, parfois, comme le fait remarquer Debray, c'est la position en décubitus dorsal ou en décubitus latéral gauche, qui déclanche les manifestations algiques. Pour David, enfin, des écarts de régime, que ce soit dans le sens quantitatif comme qualitatif, peuvent jouer le rôle de facteur déclanchant.

L'arrêt. — Ces crises douloureuses peuvent être calmées soit par un changement de position, soit par des éructations ou des vomissements, soit encore par une hémorragie.

Dans presque toutes les observations que nous rapportons, nous avons retrouvé cette douleur; elle devait s'avérer particulièrement intense et caractéristique chez six de nos malades.

Obs. n° 1 : Ce malade présentait des douleurs angineuses typiques, et le médecin traitant avait été amené à prescrire un traitement à base de trinitrine, ce qui n'avait du reste apporté aucune amélioration. Au cours de son hospitalisation, l'examen clinique du cœur et l'électrocardiogramme devaient s'avérer normaux. Ces crises douloureuses, qui étaient particulièrement fréquentes, devaient disparaître complètement après traitement médical de la hernie.

Obs. n° 3 : Douleurs thoraciques à type de névralgies intercostales localisées à gauche, mais avec un signe du lacet particulièrement net.

Obs. n° 4 : Précordialgies sans caractère angineux.

Obs. n° 6 : Douleurs épigastriques hautes à type de crampe.

Obs. n° 7 : Impression de pesanteur post-prandiale.

Obs. n° 10 : Douleurs épigastriques hautes.

2° Le pyrosis

Le pyrosis est une sensation de brûlure à point de départ épigastrique, qui remonte en suivant le trajet de l'œsophage, et qui se termine par une éructation et le renvoi d'une gorgée de liquide acide. Comme pour la douleur, il est important de noter l'influence de la posture comme facteur déclanchant; il est vrai que douleur et pyrosis apparaissent souvent en même temps. Toutefois, comme le fait remarquer Brette, même dans le cas d'un pyrosis isolé, on retrouve souvent cette sensation d'angoisse, que nous avons déjà mentionné dans l'étude des phénomènes douloureux.

L'interrogatoire nous a permis, chez cinq de nos malades, de retrouver un pyrosis net (observations n°s 3, 4, 7, 8, 12).

3° Les régurgitations

Les régurgitations alimentaires, apparaissant sans nausée et sans le moindre effort de vomissement, ne sont pas rares au cours des hernies hiatales. Nous l'avons, pour notre part, observé chez trois des malades que nous présentons (observations n°s 8, 11, 12).

4° Les nausées et les vomissements

Les malades porteurs d'une hernie hiatale se plaignent parfois de sensations nauséeuses. Ces nausées peuvent aboutir dans quelques cas à des vomissements qui présentent, comme le signale Albouy, un certain nombre de caractères. Le plus souvent alimentaires, ces vomissements peuvent devenir muqueux, bilieux ou encore sanglants. Dans notre observation n° 1, le malade présentait des vomissements alimentaires peu de temps après le repas; tandis que dans l'observation n° 6, les vomissements étaient alimentaires et bilieux, accompagnés de douleurs épigastriques hautes, puis, au moment de l'hospitalisation, ces vomissements devaient devenir sanglants.

5° La dysphagie

Ce signe, que l'on rencontre très fréquemment dans la pathologie digestive supérieure, n'est pas rare chez les porteurs d'une hernie hiatale. Pour Lortat-Jacob, la dysphagie est un signe important à connaître dans cette affection; car, chez le sujet âgé, elle peut faire errer le diagnostic en faisant penser à un cancer. Cette dysphagie serait due, pour Rudler et Garnier, à un facteur spasmodique, et David fait remarquer qu'elle peut cesser lorsque le malade est occupé.

Dans notre observation n° 11, une dysphagie d'abord intermittente, puis continue, intéressant surtout les solides, a, pendant la période de deux ans précédant les phénomènes hémorragiques, constitué toute la symptomatologie de cette hernie hiatale. Dans l'observation n° 12, nous notons un début semblable par dysphagie intermittente, mais rapidement associée ici à des régurgitations et à un pyrosis.

6° L'anorexie, l'aérophagie

Certains auteurs, tel Honain, signalent l'anorexie et l'aérophagie comme signe de hernie hiatale.

7° Les manifestations cardio-respiratoires

La hernie hiatale peut parfois se signaler par des signes de souffrance des organes de voisinage, tels le cœur et le poumon. Nous nous en tiendrons à citer les signes les plus fréquents.

a) *Cardiaques.* — Comme nous l'avons déjà fait remarquer au sujet de notre observation n° 1, la symptomatologie de la hernie hiatale peut parfois se résumer entièrement en des crises angineuses absolument typiques. C'est là une notion classique, récemment étudiée par notre Maître le Professeur Darnaud et par Belluci dans son récent travail de thèse [7]. A côté de ces crises d'angor, notons la possibilité de crises de tachycardie type Bouveret.

b) *Respiratoires.* — La dyspnée et la toux de décubitus. Au sujet de cette toux, Debray fait remarquer une « coïncidence de position », en effet « c'est la même position qui provoque la toux, le reflux, la douleur ».

8° Note psychique

Pour Rudler et Garnier [58], une note psychique serait rencontrée dans certains cas, dans le sens d'une augmentation de l'émotivité, de l'anxiété, « comme il est habituellement signalé dans la pathologie de cette région, le cardiospasme par exemple ».

III. LES ASPECTS CLINIQUES

Les hémorragies des hernies hiatales chez l'adulte peuvent revêtir trois aspects cliniques principaux :

— Les formes hémorragiques pures,

— Les formes hémorragiques présentant une symptomatologie de hernie hiatale,

— Les formes associées.

1° Les formes hémorragiques pures

Il n'est pas rare que les hémorragies résument à elles seules toute la symptomatologie d'une hernie hiatale jusque-là ignorée. Dans nos observations n°s 2, 9 et 13, les malades ne présentaient, ni dans l'anamnèse, ni au cours de l'examen clinique, de signe susceptible de nous orienter vers l'affection causale. Ces hémorragies, survenant chez des malades en bonne santé apparente, pouvaient à première vue être considérées comme « cryptogénétiques ». Avant de conclure à un tel diagnostic, nous devions pratiquer un certain nombre d'examens, parmi lesquels la recherche d'une hernie hiatale. La radiologie nous permettait de mettre la hernie en évidence, tandis que l'endoscopie d'une part, et la disparition après traitement de la hernie de toute récidive hémorragique d'autre part, nous permettait de rattacher ces hémorragies à la hernie hiatale.

2° Les formes hémorragiques présentant des signes de hernie hiatale

Dans la plupart de nos observations, nos malades présentaient une symptomatologie plus ou moins complète de hernie hatiale, surtout faite de douleurs, de pyrosis et de reflux gastro-œsophagien. Ces signes, bien que ne nous permettant pas de conclure sur l'origine des hémorragies, nous orientaient cependant vers une affection du bas œsophage. De plus, dans certains cas, la constatation d'une hémorragie de moyenne ou de faible abondance n'expliquait pas toujours l'importance de l'anémie présentée par le malade. Aussi devait-on admettre que cette anémie existait avant le saignement macroscopique. On connaît la très grande fréquence de l'anémie dans les hernies hiatales, et la constatation d'une anémie associée parfois aux signes dont nous venons de parler, nous incitait à rechercher une hernie diaphragmatique. La radiologie permettait sa mise en évidence, tandis qu'un traitement médical, administré dans ce sens, devait faire disparaître toute symptomatologie fonctionnelle, et interdire toute récidive des hémorragies.

Enfin, il nous paraît intéressant de noter que les signes de hernie hiatale peuvent être modifiés à la suite d'une hémorragie. Cette modification pouvant se faire dans le sens d'une disparition des signes, bien qu'il ne soit pas rare, à la suite d'une hématémèse ou d'un melaena, de voir s'installer une symptomatologie plus ou moins typique de hernie hiatale.

3° Les formes associées

Un certain nombre d'affections paraissent s'associer assez fréquemment aux hernies hiatales.

Dans un premier groupe, nous pouvons noter les processus pathologiques susceptibles de favoriser l'apparition d'une hernie hiatale :

— Les déformations vertébrales importantes, qui agissent en modifiant les piliers du diaphragme et l'anatomie du diaphragme et de ses orifices. Un de nos malades présentait une cyphose importante séquelle d'un mal de Pott, un autre une cyphose due à une spondylarthrite ankylosante, un autre enfin une scoliose très marquée.

— L'obésité, comme le font remarquer Brette et Harvier, se retrouve assez fréquemment chez les malades porteurs d'une hernie hiatale. Honain, de son côté, insiste sur l'amaigrissement qui concorde souvent avec l'apparition de la hernie. Dans quatre de nos observations, nous avons pu noter une obésité importante et chez deux de ces malades l'apparition de la hernie correspondait à un amaigrissement respectif de 10 et 14 kg.

D'autres affections, par contre, traduisent un état de déficience musculaire généralisée :

— Association chez un même malade de plusieurs hernies (crurales, inguinales, ombilicales...), deux de nos patients présentaient une telle association :

observation n° 6 : une hernie ombilicale;

observation n° 12 : hernie inguinale bilatérale.

La hernie hiatale peut se trouver enfin associée à un certain nombre d'états pathologiques; elle apparaît parfois comme responsable de cette affection, parfois comme cause déclanchante ou aggravante. Nous citerons dans le cadre de la pathologie digestive : les spasmes œsophagiens, les ulcères de la petite courbure (Rudler, Garnier, David), les volvulus gastriques, la stase duodénale chronique, les syndromes hépato-biliaires (David). Du point de vue pulmonaire, des auteurs comme Debray et David signalent l'association fréquente de l'asthme et de la hernie hiatale. La hernie agirait ici comme épine irritative. Enfin, sur le plan cardiaque, se pose le difficile problème de l'association avec l'angine de poitrine. Comme le fait remarquer Belluci dans sa thèse, il est parfois difficile de déterminer exactement le rôle de la hernie hiatale dans cette affection.

Les Examens Paracliniques

I. LA RADIOLOGIE

1° La technique

Devant une hémorragie de moyenne abondance, non répétée, l'examen radiologique pourra en toute quiétude être effectué de manière différée.

Cet examen va permettre le diagnostic, et la façon de le conduire est d'une importance capitale. En effet, l'examen mené selon la technique dite « standard » a de fortes chances de laisser ignorer l'affection. La hernie hiatale doit être recherchée d'une manière systématique, et dans cette recherche, le temps radioscopique est essentiel.

L'appareillage doit permettre : l'utilisation de temps de pose courts, la sélection des images, la bascule de la table en position de Trendelenbourg.

L'examen sera d'abord commencé en position verticale, le malade étant placé dans une position qui dégage bien le segment œso-cardial de la colonne vertébrale et la grosse tubérosité. On utilisera une bouillie semi-liquide, et les clichés seront pris en inspiration forcée et en expiration forcée. Lorsqu'on aura réalisé le remplissage complet de l'estomac, on examinera le sujet en procubitus, puis en décubitus et Trendelenbourg dorsal, en s'aidant, selon le

cas, de la compression à la main, au sac de sable ou au ballonnet. Si ces manœuvres restent sans résultat, on pourra alors placer le patient en léger Trendelenbourg ventral et oblique postérieur gauche, tout en lui faisant déglutir la bouillie au chalumeau. On pourra terminer l'examen en faisant reprendre au malade la station debout, tout d'abord de profil, puis tronc fléchi en avant dans la position qui tend à reproduire le signe « du lacet de soulier ». Si ces techniques ne parviennent pas à mettre en évidence la hernie, alors que le diagnostic de cette dernière paraît plausible, il conviendra de reprendre l'examen soit en radio-cinématographie, soit en radiographie après administration de Probanthine.

Dans le cas d'hémorragies répétées ou d'hémorragies abondantes, il est indiqué de faire pratiquer un examen radiologique d'urgence. Nous l'avons personnellement utilisé dans trois cas (observations n°s 4, 8, 13). On connaît à l'heure actuelle l'innocuité de cette méthode, à condition de respecter certaines précautions : pas d'examen en position verticale, s'abstenir de toute mobilisation et compression. Pratiqué dans de telles conditions, cet examen ne laisse apparaître le plus souvent que des lésions évidentes, il a toutefois l'avantage d'éliminer l'existence d'une autre lésion gastrique. Si ces radiographies ne montrent rien, on pourra pratiquer un examen plus minutieux dès que l'état du malade le permettra.

2° Les images

Nous avons personnellement suivi la classification d'Akerlund, en tenant compte des modifications apportées par un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels Brombart.

— Au type I correspondent les rares brachy-œsophages.

— Au type II, les hernies para-œsophagiennes, dites encore par « roulement », où l'œsophage est de longueur normale et le cardia sous-diaphragmatique.

— Au type III, les hernies cardio-œsophagiennes, ou « par glissement », auxquelles il convient d'ajouter les « engagements à éclipse » de Gutmann et les « insuffisances hiatales » de Berg.

Il ne faut pas se dissimuler, d'ailleurs, qu'une telle classification est plus morpho-radiologique qu'anatomique ou physiopathologique; une même hernie pouvant se présenter au cours d'un même examen ou d'examens successifs sous les types II ou III à la fois.

Les aspects radiologiques de cette affection sont classiques, et nous ne ferons que les rappeler. L'image directe de la hernie hiatale peut revêtir diverses modalités: opacité baryté sus-diaphragmatique, de taille variable, de forme arrondie ou ovalaire, de grand axe vertical, à bords réguliers, mais souvent asymétrique, prenant alors l'aspect « en molaire ». On doit, en outre, préciser le siège du cardia et la longueur de l'œsophage. Le repérage du cardia, qui permet de distinguer les variétés II et III, est assez souvent délicat; en réplétion incomplète, en effet, l'extrémité inférieure d'une hernie cardio-œsophagienne peut être confondue avec le cardia, alors que la projection d'une hernie para-œsophagienne sur l'œsophage peut faire croire à un cardia thoracique. En ce qui concerne la longueur de l'œsophage, l'appréciation peut être tout aussi difficile. Si ce dernier présente habituellement dans sa portion inférieure un aspect sinueux, il peut arriver qu'il paraisse rectiligne et abouché à la partie la plus supérieure de la grosse tubérosité; or cet aspect d'œsophage court n'est assez souvent qu'une illusion due au recoupement des images. D'autres incidences montreront que la longueur du conduit est en fait normale.

L'examen doit enfin comporter la recherche du reflux œsophagien, complication si importante des hernies hiatales et si grave par l'œsophagite peptique qu'il est susceptible d'engendrer.

Si l'image typique n'a pu être mise en évidence lors de l'examen, certains signes indirects peuvent, sinon affirmer le diagnostic, du moins inciter à demander de nouveaux clichés. Ce sont: la déformation et la réduction de la poche à air gastrique, un élargissement constant du segment terminal de l'œsophage, une attraction des plis de la muqueuse gastrique vers l'hiatus, parfois une bulle d'air rétro-cardiaque.

Au terme de cette étude radiologique, se pose la question de savoir s'il existe une relation entre : d'une part, le type et l'importance de la hernie; d'autre part, la tendance hémorragique. La confrontation radiologie clinique ne permet pas de conclure en ce sens.

En ce qui nous concerne, nous avons relevé :

Obs. n° 1 : petite hernie cardio-œsophagienne avec œsophage court.

Obs. n° 2 : hernie cardio-œsophagienne, intermittente, de moyen volume.

Obs. n° 3 : hernie cardio-œsophagienne, intermittente, de moyen volume.

Obs. n° 4 : hernie cardio-œsophagienne, piriforme, intermittente, assez volumineuse.

Obs. n° 5 : chez un malade cyphotique, œsophage flexueux, dilaté par intermittence, avec une volumineuse hernie hiatale, intéressant la presque totalité de la grosse tubérosité.

Obs. n° 6 : volumineuse hernie cardio-œsophagienne, intermittente.

Obs. n° 7 : chez un malade cyphotique, volumineuse hernie cardio-œsophagienne communiquant avec le reste de l'estomac par un collet serré. L'œsophage présentant des images d'œsophagite dans sa moitié inférieure.

Obs. n° 8 : petite hernie cardio-œsophagienne, intermittente.

Obs. n° 9 : hernie cardio-œsophagienne, intermittente, du volume d'une noix.

Obs. n° 10 : hernie cardio-œsophagienne, intermittente, « en molaire ».

Obs. n° 11 : hernie cardio-œsophagienne, intermittente, arrondie, de moyen volume, avec reflux œsophagien.

Obs. n° 12 : hernie cardio-œsophagienne, intermittente, de moyen volume.

Obs. n° 13 : volumineuse hernie cardio-œsophagienne.

Sur une série beaucoup plus importante de cas, Debray dénombre :

hernies intrathoraciques volumineuses.....	12
brachy-œsophage.....	2
hernie para-œsophagienne.....	1
hernies cardio-œsophagiennes par glissement et de toutes catégories.....	85

et cet auteur conclut : « En somme la hernie hiatale hémorragique se présente sous le même aspect clinique et radiologique que les autres hernies, et il n'est pas actuellement possible en présence d'un type déterminé de hernie hiatale de prévoir si elle saignera quelque jour. »

II. L'ŒSOPHAGOSCOPIE

L'examen œsophagoscopique n'est que rarement capable de mettre en évidence une hernie hiatale. Il a toutefois l'intérêt d'éliminer toute autre cause de saignement sur l'œsophage (cancer, varices) et de déceler éventuellement des lésions d'œsophagite peptique de reflux.

III. LA GASTROSCOPIE

La gastroscopie a été pratiquée en urgence par Desneux, qui a découvert ainsi dans 100 cas d'hémorragies digestives supérieures, 8 cas de hernies hiatales, qui ne paraissaient constituer la cause du saignement que deux fois seulement.

Debray, pour sa part, préfère attendre deux à trois jours après l'hémorragie, avant de pratiquer cet examen. Dans les 53 cas qu'il a soumis à l'endoscopie, les résultats de cet examen ne se sont jamais trouvés en désaccord avec ceux de la radiographie lorsque celle-ci montrait une hernie. Dans plusieurs cas, la gastroscopie permit même de découvrir une hernie qu'avait ignoré un examen radiologique un peu superficiel. Dans la plupart des cas, cet auteur note un aspect infundibulaire du sous-cardia et au-dessus du rétrécissement diaphragmatique une poche plus ou moins importante. Dans 18 cas, il n'existait aucune lésion de la muqueuse de la poche herniaire, ni de l'œsophage, ni de l'estomac sous-jacent. Dans les 35 autres cas, l'auteur devait noter des modifications inflammatoires du bas œsophage et de la hernie : congestion diffuse, avec parfois ulcérations ou taches purpuriques, aspect hémorragique de la jonction œso-gastrique. Quant aux modifications du reste de l'estomac, elles sont fréquentes et revêtent le type de la gastrite érythémateuse et mamelonnée; dans quelques cas, la biopsie de la muqueuse herniée a montré des signes de gastrite interstitielle plus ou moins prononcée. Toutes ces modifications étant susceptibles de jouer un rôle dans le déterminisme des hémorragies.

Le Diagnostic

Il est certain que dans les saignements de petite ou de moyenne abondance, on dispose de tout le temps souhaitable pour établir la cause de cette hémorragie digestive. Par contre, dans le cas où la situation se présente comme une urgence en raison de la mise en jeu du pronostic vital, le problème offre beaucoup plus de difficulté. Dans un tel cas, le médecin peut céder à la tentation de demander une intervention d'urgence dans l'espoir de découvrir un hypothétique ulcère gastrique ou duodénal; or, une telle intervention qui reste blanche, n'est pas sans risque chez un malade en état de shock et d'anémie plus ou moins compensée. Ces explorations à l'aveugle n'ont d'ailleurs pas la faveur de la plupart des chirurgiens, et la pratique de l'examen radiologique d'urgence doit permettre d'éviter dans la limite du possible d'avoir recours à une telle méthode.

DIAGNOSTIC POSITIF

En premier lieu, l'interrogatoire montrera l'absence d'un passé douloureux ancien ou récent, évocateur d'un ulcère, réserve faite bien entendu d'une association morbide. Le plus souvent, l'hémorragie à l'analyse superficielle apparaîtra comme « cryptogénétique », groupe d'attente qui se réduit au fur et à mesure que nos moyens d'exploration

se perfectionnent. Il sera rare d'ailleurs qu'un interrogatoire minutieux ne décèle quelques troubles qui prendront de la valeur pour peu que l'on soit familiarisé avec eux : pyrosis, douleurs de posture, reflux.

L'examen clinique, mis à part les constatations portant sur une éventuelle anémie, ne montrera aucune anomalie de l'abdomen, du foie ou de la région splénique. Dans l'examen général du sujet, nous attirerons l'attention sur les déformations vertébrales; dans trois cas, en effet, elles nous ont permis de soupçonner le diagnostic (obs. n^{os} 4, 5, 7).

D'une façon générale, on peut dire cependant que les arguments fournis par l'examen seront plutôt d'ordre négatif. C'est l'examen radiologique qui permettra le diagnostic.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous ne nous attarderons pas sur le problème de diagnostic différentiel clinique. Il consiste à évoquer les causes d'hémorragies digestives supérieures, et particulièrement celles dues aux ulcus gastro-duodénaux, aux varices œsophagiennes, aux cancers gastriques et œsophagiens, aux gastrites hémorragiques. Une orientation peut toutefois être fournie, comme nous l'avons vu, par l'interrogatoire et l'examen du patient.

Sur le plan radiologique, avant d'affirmer l'existence d'une hernie hiatale, un certain nombre de diagnostics demandent à être éliminés. Dans le cas d'une protusion importante et fixe d'une partie de l'estomac, l'image ne sera pas confondue avec celle d'un diverticule épiphrénique; ce dernier se remplissant avant l'estomac et présentant un collet d'implantation habituellement bien visible. Dans le cas d'images plus discrètes et non constantes, le diagnostic différentiel le plus important est celui de l'ampoule épiphrénique. Cette image correspondant à l'aspect dynamique de la partie inférieure sus-diaphragmatique de l'œsophage

et ne constituant que l'exagération d'un processus physiologique. Cette ampoule présente un aspect piriforme à sommet supérieur, ses contours sont lisses et réguliers; sa disparition laisse apparaître un plissé fin et parallèle, alors que l'extrémité inférieure de l'œsophage n'est pas déviée; enfin, la manœuvre de Valsalva permet à la déformation de se reproduire de façon régulière.

Dans certains cas, enfin, la hernie hiatale peut être associée à une autre lésion digestive, avec laquelle elle présente un lien direct ou indirect : c'est le cas d'un ulcus peptique de l'œsophage lié au reflux, d'un cancer œsophagien provoquant une traction sur le pôle inférieur de l'estomac, de varices œsophagiennes, d'un ulcus gastrique ou duodénal; il est évident que dans ces cas, on ne saurait attribuer sans risques d'erreur l'hémorragie digestive à la seule hernie hiatale; comme nous l'avons déjà dit, nous avons d'ailleurs éliminé de telles associations de notre étude.

Anatomie Pathologique

Dans la littérature, la documentation relative à l'anatomie pathologique de cette affection n'est pas très étendue; on dispose cependant de quelques observations opératoires ou nécropsiques de Carnot [15], Cachin [13], Lian [44] et d'intéressantes constatations endoscopiques ainsi que biopsiques de Debray [23].

Dans leurs constatations nécropsiques, Carnot, comme Cachin, insistent sur l'existence au niveau de la muqueuse herniée de suffusions hémorragiques diffuses dont la limite inférieure semble correspondre au collet de la hernie. Comme nous l'avons déjà dit au chapitre de l'endoscopie, Debray a constaté, dans 21 cas sur 53, des modifications inflammatoires de la muqueuse du bas œsophage, de la hernie ou du collet, avec parfois de petites érosions ovalaires de type gastritique ou de petites taches purpuriques. Cet auteur relève également l'existence d'un liseré hémorragique à la jonction œso-gastrique; il a enfin noté assez fréquemment (30 cas sur 53) une gastrite érythémateuse de l'estomac sous-jacent.

Du point de vue histologique, Debray a pu faire dans quelques cas une biopsie de la muqueuse gastrique de la poche herniée, presque toujours elle devait montrer une gastrite interstitielle plus ou moins marquée.

Mais Carnot, Lian et Cachin ont particulièrement insisté sur les lésions vasculaires. Carnot, pour sa part, signale que les lésions les plus importantes intéressaient les artères; et si les veines étaient turgides et gonflées de sang, par contre les artères de la grande courbure de l'estomac et de l'épiploon étaient rigides et manquaient de souplesse, témoignant en quelque sorte d'une sclérose locale élective contrastant avec le bon état des autres vaisseaux de l'organisme. Lian et Cachin, d'un autre côté, mettent l'accent sur les lésions veineuses de type thrombosant. Dans le cas de Cachin, en particulier, il existait au niveau de la sous-muqueuse de la paroi gastrique herniée, un lacis veineux très important d'aspect presque angiomateux. Quelques-uns de ces vaisseaux étaient thrombosés; tandis qu'au niveau de l'œsophage, l'endothélium de nombreux vaisseaux avait presque disparu, la couche sous-endothéliale étant souvent très œdématiée ou infiltrée par des éléments inflammatoires. L'architecture des veinules était très dissociée, et l'auteur conclut que la lésion dominante résidait dans des thromboses veineuses avec lésions endothéliales non organisées totales ou partielles.

Bien que ces constatations soient en nombre limité, on voit que l'accent est mis essentiellement sur les lésions inflammatoires de la muqueuse et les thromboses intéressant tout particulièrement le système veineux. Nous verrons l'importance de ces phénomènes du point de vue physiopathologie.

Physio-Pathologie

Lorsqu'on étudie la physio-pathologie de ces hémorragies, il apparaît que les phénomènes responsables de cette complication puissent être répartis en deux groupes principaux :

— d'une part, les phénomènes mécaniques s'exerçant au niveau du collet de la hernie;
— d'autre part, les phénomènes chimiques d'œsophagite peptique.

1° Les phénomènes mécaniques

Les lésions d'origine mécanique, susceptibles d'engendrer des hémorragies, nous paraissent liées à deux sortes de phénomènes.

Tout d'abord, un phénomène statique de striction du collet herniaire. C'est un véritable garrot physio-pathologique qui agit par compression du sac herniaire au niveau de l'orifice œsophagien, et surtout par compression du paquet vasculo-nerveux. Carnot, Lian, Cachin et bien d'autres auteurs, insistent sur la compression vasculaire qui porte aussi bien sur le système artériel que veineux. Il s'ensuit une mauvaise circulation sanguine, avec stase veineuse importante, responsable pour une grande part des suffusions hémorragiques mises en évidence par les examens paracliniques et dans quelques cas par les examens

nécropsiques. Kunneth et Gardner, de leur côté, soulignent l'existence de troubles trophiques au niveau de la muqueuse de la poche herniée, provoqués par des troubles vasomoteurs très certainement liés à un étirement du plexus nerveux.

A côté de ces phénomènes statiques de striction, de compression et d'étirement, il convient de réserver une place importante aux facteurs dynamiques agissant par érosion du collet. En effet, la partie de l'estomac constituant le collet de la hernie ne présente aucun caractère anatomique susceptible de la protéger contre les frottements ininterrompus du diaphragme. Cette érosion est souvent facilitée par l'existence à ce niveau de lésions gastritiques. Nous avons vu dans le chapitre étiologie, qu'un effort violent ou encore un effort soutenu, tel une longue marche à pied, pouvaient être considérés comme cause déclanchante de l'hémorragie. En effet, la brusque contraction du diaphragme, et la polypnée secondaire à un effort soutenu, peuvent déterminer au niveau de la poche herniée une augmentation de la tension sanguine susceptible de provoquer une hémorragie dans cette zone fragilisée et érodée. Miller et Bowden invoquent ce mécanisme pour expliquer les hémorragies apparues chez leurs malades à la suite de crises de toux spasmodiques, ou d'aspirations trachéales post-opératoires. Il convient de citer à l'appui de cette thèse, les résultats intéressants que certains auteurs, tels Harrington, Walstad, Carlson, Funck-Brentano, ont obtenus en sectionnant le nerf phrénique gauche. La phrénicectomie, en paralysant le diaphragme gauche, supprime les frottements, et tend à relacher la hernie hiatale invaginée.

2° L'œsophagite peptique

Nombreux sont les auteurs pour qui l'œsophagite peptique doit être considérée comme un facteur de première importance entrant dans le mécanisme des hémorragies par hernie hiatale. Chez de tels malades, le reflux de liquide gastrique

acide détermine des lésions d'œsophagite ulcéreuse et hémorragique comme peut le mettre en évidence l'endoscopie. Pour Hillemand et ses collaborateurs, « il est indiscutable que ce mécanisme est en cause dans certaines hémorragies digestives parfois très abondantes, qui peuvent émailler l'évolution des hernies hiatales, et même dans certaines formes anémiques de cette maladie, dues à des saignements peu abondants mais répétés, comme nous en possédons plusieurs cas ».

Traitement

Le traitement des formes macroscopiques d'hémorragie par hernie hiatale pose en fait dans la plupart des cas deux problèmes à résoudre : traiter d'une part, la déperdition sanguine; d'autre part, l'affection causale. En ce qui concerne la conduite à tenir vis-à-vis de la hernie, nous avons le choix entre les méthodes médicales et les méthodes chirurgicales.

Nous étudierons successivement :

— Les moyens thérapeutiques
  médicaux,
  chirurgicaux.

— Les indications respectives de ces moyens.

— Les résultats.

I. LES MOYENS THÉRAPEUTIQUES

1° Le traitement médical

A. *De la déperdition sanguine*

Comme nous avons pu l'observer chez plusieurs de nos malades (obs. n°s 2, 4, 8, 9, 10, 13), cette hémorragie peut s'accompagner d'un shock, qu'il convient de mettre d'emblée en traitement.

Le malade est tout d'abord placé en position couchée sous tente à oxygène. Pendant que sont effectués d'urgence les examens de groupage et de numération sanguine, on peut mettre en place une perfusion de plasma, en attendant de pouvoir pratiquer une transfusion isogroupe. On ajoute à cette thérapeutique des hémostatiques à base de vitamine K_1 et des analeptiques cardio-vasculaires. Par la suite peut se poser un problème de réhydratation et de rééquilibre électrolytique, particulier à chaque malade. Pendant la période hémorragique, le malade sera soumis, pour commencer, à la classique diète hydrique glacée, à laquelle sera rapidement substituée une diète liquide froide à base de lait, puis de lait enrichi. Puis on passera assez vite à une alimentation molle, puis semi-molle, pour devenir enfin normale. On sait, en effet, à l'heure actuelle, qu'il est peu judicieux de poursuivre trop longtemps le jeûne qui, en augmentant la sécrétion et la motricité gastrique, produit des effets plus nocifs que bénéfiques.

Cette phase d'urgence étant passée, le plus souvent le problème revient à traiter une anémie généralement hypochrome, et ne présentant pas de caractère très particulier. Nos malades présentaient au moment de leur hospitalisation les numérations suivantes :

de 5 000 000 à 4 000 000.....	3 malades
de 4 000 000 à 3 000 000.....	3 malades
de 3 000 000 à 2 000 000.....	5 malades
moins de 2 000 000.....	2 malades

Une thérapeutique à base de petites transfusions répétées à quelques jours d'intervalle, associées à des hémostatiques et des extraits hépatiques, devait s'avérer suffisante pour remonter à des chiffres normaux les numérations sanguines de nos malades anémiques.

B. *De la hernie hiatale*

Le traitement de la hernie hiatale comporte classiquement trois ordres de prescriptions :

— des règles hygiéno-diététiques,
— un traitement symptomatologique,
— un traitement étio-pathogénique.

1° *Les règles hygiéno-diététiques.* — Il n'est généralement pas nécessaire de conseiller à ces malades d'éviter les mouvements et les positions d'anteflexion; la douleur, le pyrosis, le reflux, apparaissant alors, leur ayant fait remarquer le plus souvent les inconvénients de cette posture. Il sera par contre utile de déconseiller le port d'un corset, d'une ceinture, parfois même d'un lombostat, ce qui n'est pas toujours facile chez des malades présentant une affection vertébrale, et que seul un tel appareillage parvient à soulager. Il sera par contre plus aisé de supprimer les aliments fermentescibles comme le pain, les féculents..., les boissons gazeuses, qui ne font qu'augmenter l'aérogastrie.

On pourra enfin conseiller à ces malades de reposer sur un lit légèrement incliné, de façon à éviter la position horizontale.

2° *Traitement symptomatologique.* — Il sera basé sur l'utilisation :

des pansements gastriques,
du bismuth,
des gels ou sels d'alumine,
des anti-acides,
du carbonate de calcium;

auxquels on pourra ajouter :

de la réglisse,
des antihistaminiques,
de l'argent colloïdal.

Il faudra proscrire les vagolytiques et les anticholinergiques, qui facilitent le reflux œsophagien.

3° *Traitement étio-pathogénique.* — A la suite des nombreux travaux qui ont été faits sur les hernies hiatales, un certain nombre d'auteurs ont proposé d'ajouter aux prescriptions classiques un traitement basé sur les connaissances étio-pathogéniques nouvelles.

Debray conseille d'ajouter de l'ésérine et de l'atropine. De son côté, Barre ordonne à ses malades de la thyroxine et du calcium associé à du tackystérol. Nombreux sont ceux, enfin, qui prescrivent des hormones sexuelles.

2° Le traitement chirurgical

Pendant très longtemps, le traitement chirurgical des hernies hiatales a été délicat en raison des difficultés des voies d'abord. Celles-ci ne pouvaient être qu'abdominales, toute ouverture du thorax sans baronarcose aboutissant à des catastrophes per ou post-opératoires (Binet).

Actuellement, les progrès réalisés dans le domaine de la chirurgie permettent de pratiquer couramment ces interventions avec des risques opératoires minimes.

1. *Les voies d'abord*

Elles sont au nombre de trois :

— Abdominales, par laparotomie sus-ombilicale. Chez la plupart des malades, cette ouverture donne une excellente vue sur l'orifice œsophagien du diaphragme.

— Thoracotomie basse (huitième côte). Elle montre toute la coupole gauche et l'orifice œsophagien. Toutefois, comme le fait remarquer Binet, « elle est longue à ouvrir et à fermer, elle demande l'installation du drainage post-opératoire ».

— Thoraco-phréno-laparotomie préconisée par Schwartz et Quenu, est une voie d'abord étonnamment large, permettant une chirurgie au grand jour. Elle présente l'inconvénient d'être la plus choquante.

2. *Les procédés de réparation*

Ils sont actuellement au nombre de deux :

— La cure radicale de la hernie est l'intervention la plus classique, elle consiste en une réduction de la hernie par traction douce. Elle est complétée par une reconstitution de l'anneau œsophagien, dont la technique varie suivant les auteurs, et par la réfection de l'angle de Hiss (Lortat-Jacob et Rudler).

— La phrénicectomie est une méthode palliative préconisée par Harrington, Walstad et Carlson, Funck-Brentano; elle consiste en une immobilisation de la coupole gauche du diaphragme et secondairement en un relachement de l'anneau œsophagien, qui peut permettre la réintégration abdominale de la poche herniée.

II. LES INDICATIONS

Lorsqu'une hernie hiatale a saigné une fois, même assez abondamment, ou n'a saigné qu'à des intervalles espacés, le traitement à envisager est un traitement médical, surtout si nous avons à faire à une forme hémorragique sans signe ou affection associés, ou si l'anamnèse permet de retrouver une cause déclanchante accidentelle. Par contre, dans quelques cas, il se peut qu'en dépit d'un traitement médical bien conduit ces hémorragies se répétent, l'intervention chirurgicale nous apparaît alors comme souhaitable.

Les formes hémorragiques associées soit à des signes de hernie hiatale, soit à une autre affection, posent un problème un peu particulier. Tout d'abord, il est un certain nombre d'associations qui apparaissent d'emblée comme des contre-indications plus ou moins formelles à l'acte chirurgical. C'est le cas de l'obésité, des déformations vertébrales importantes, des insuffisances cardiaques graves, et aussi des malades trop âgés et des sujets tarés.

Dans toutes les autres associations, mis à part les cas où l'affection qui accompagne l'hémorragie n'est pas à elle seule justifiable du traitement chirurgical (ulcère, cancer...), l'indication chirurgicale ne doit être envisagée qu'à la suite de l'échec du traitement médical.

Seules doivent être adressées directement au chirurgien les hémorragies qui par leur abondance ou leur répétition mettent en jeu le pronostic vital du malade.

III. LES RÉSULTATS

Dans la plupart des cas de hernie hiatale, le traitement médical donne des résultats satisfaisants. Au cours des confrontations thérapeutiques de l'Hôpital Necker sur le sujet « Faut-il opérer les hernies diaphragmatiques ? » Barre devait résumer son point de vue en déclarant: « Au total, cependant, et malgré nos très nombreux dossiers, nous n'avons, comme M. Debray, confié que de très rares malades au chirurgien ». Cette phrase de Barre résumant l'opinion de la plupart des médecins.

Du point de vue chirurgical, il nous paraît intéressant de rapporter ici les dernières statistiques de Lortat-Jacob portant sur 100 cas opérés de hernie hiatale en général.

70 % : très bons résultats,
10 à 12 % : récidives,
15 à 20 % : résultats divers,
2 % : morts.

Encore cet auteur fait-il remarquer que dans les deux cas malheureux, le type de l'intervention paraissait sans rapport avec les causes de la mort de ces malades.

Enfin, pour en revenir aux formes hémorragiques de cette affection, nous rapporterons les résultats de nos cas personnels :

Douze de nos malades ont été traités médicalement. La plupart sont revenus régulièrement à la consultation externe du service. Dans tous les cas, et après un délai d'au moins six mois, les hémorragies n'avaient pas récidivé et les signes fonctionnels de hernie hiatale avaient disparu.

Un seul de nos malades, en raison de l'importance des hémorragies, avait subi une intervention chirurgicale. Nous devions revoir ce malade dix-huit mois après la cure chirurgicale de sa hernie, les hémorragies n'avaient pas récidivé et il présentait un excellent état général et fonctionnel.

Observations

OBSERVATION N° 1

M. A... (Fernand), 70 ans, ce malade qui ressentait depuis un temps assez long une dyspnée d'effort, a présenté il y a un an, une crise douloureuse précordiale à type angineuse que son médecin a traité par l'héparine et la trinitrine. Plus récemment, sont apparus des vomissements alimentaires suivant de peu les repas et non précédés de douleurs épigastriques. Quelques jours avant son hospitalisation est survenue une crise de hoquet suivie du rejet d'une hématémèse assez abondante et constituée de sang noirâtre.

L'examen clinique du malade est pratiquement négatif. L'auscultation cardiaque, l'électro-cardiogramme sont normaux.

Le transit gastro-duodénal ne montre aucune lésion gastro-duodénale, mais les clichés de la région cardio-tubérositaire, mettent en évidence une déhiscence hiatale avec œsophage court.

Par ailleurs, le dosage de l'urée, le bilan hépatique sont normaux, l'examen hématologique décèle une leucocytose modérée.

En conclusion : petite hernie cardio-œsophagienne caractérisée par des vomissements et une hématémèse.

OBSERVATION N° 2

M. M..., 64 ans, entre dans le Service en raison d'une hématémèse importante. Ce malade, dont les antécédents ne révèlent qu'une constipation de longue date, a présenté un mois avant son admission plusieurs poussées de melæna assez abondantes,

isolées, sans douleurs digestives, suivies d'une hématémèse de sang rouge, accompagnée du cortège général des hémorragies importantes.

A son entrée, le malade est pâle, asthénique, subfébrile. Sa tension artérielle est à 10-5. La formule et la numération confirment l'anémie à 1 600 000; cette anémie est légèrement hypochrome (VG = 0,80) et il s'y associe une leucocytose (18 000) avec polynucléose (82 %). Il existe, en outre, une azotémie de résorption sanguine à 0,90 g.

Un examen radiologique gastro-duodénal montre une hernie hiatale de moyen volume, à forme sphérique, cardio-œsophagienne et intermittente. Il n'existe pas d'image anormale de l'estomac ni du duodénum.

Par ailleurs, le foie est de volume normal. L'exploration fonctionnelle du foie donne des résultats satisfaisants. Le bilan cardiaque est également normal. Il n'existe pas de déformations squelettiques importantes, mais un état d'atonie et d'hypotrophie musculaire en particulier au niveau de la sangle abdominale.

Le malade est traité par quelques transfusions hémostatiques, hépatothérapie et thérapeutique martiale. Sous l'influence de ce traitement, la surveillance hématologique montre un retour de la formule sanguine à la normale, et le malade quitte le Service en bon état général et fonctionnel.

En conclusion : hernie hiatale de moyen volume cardio-œsophagienne, intermittente, caractérisée par des hémorragies importantes et résumant toute la symptomatologie digestive.

OBSERVATION N° 3
(Due à l'obligeance de M. le Dr Voisin)

Mme R..., 29 ans. Cette malade dont l'état général est satisfaisant, se plaint de douleurs thoraciques à type de névralgies intercostales gauches apparues depuis plusieurs mois à la suite d'une cure d'amaigrissement. Presque en même temps, se sont manifestées des brûlures œsophagiennes et une sialorrhée nocturne fréquemment sanglante. Le signe du lacet de soulier est positif. On retrouve dans les antécédents la notion d'un pyrosis gravidique lors d'une grossesse remontant à sept années auparavant.

L'examen clinique de l'abdomen, du thorax, du système nerveux est absolument négatif.

Les radiographies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum que nous faisons pratiquer en raison de la symptomatologie œsophagienne, montrent une hernie cardio-œsophagienne intermittente, de moyen volume, à assez large collet, avec reflux œsophagien, et images d'œsophagite. Aucune autre anomalie gastro-œsophagienne n'est notée.

Au point de vue biologique, il existe une anémie modérée à 3 800 000, de type normochrome, sans modification de la formule blanche.

Un traitement par pansement gastrique, amène une amélioration fonctionnelle remarquable, qui se maintient au bout de six mois lorsque nous revoyons la malade.

En conclusion : hernie hiatale cardio-œsophagienne de moyen volume avec œsophagite.

OBSERVATION N° 4

Abbé G..., 57 ans, entre le Service en raison d'hématémèses importantes. Dans les antécédents de ce malade on relève essentiellement des épisodes psychiques dépressifs et des poussées d'hypertension artérielle qui font pratiquer un bilan rénal qui révèle une importante ptose du rein droit. En outre, le malade se plaint par intermittence, de précordialgies sans caractère angineux, et de poussées de pyrosis, auxquelles n'est donnée aucune étiquette précise.

Brusquement, la veille de son admission, il ressent de petits signes de shock, accompagnés d'un besoin impérieux d'aller à la selle, qui est suivi de l'évacuation d'un melæna. Quelques heures après, apparaissent des hématémèses de sang rouge mêlées de caillots noirâtres.

A l'examen, il s'agit d'un malade maigre, au poul accéléré, aux conjonctives décolorées. Sa température est à 38°C. Sa tension artérielle est à 12-8 (contre 17 d'habitude). Le reste de l'examen clinique est négatif.

Toutefois, comme les signes de shock se maintiennent malgré le traitement substitutif (transfusions sanguines et antihémorragiques), que la numération globulaire montre une diminution progressive du nombre des hématies qui atteint 2 500 000, nous demandons un examen radiologique d'urgence. Cet examen radiologique d'urgence, met en évidence une hernie cardio-œsophagienne piriforme, de volume assez important et intermittente. Le reste de l'estomac est absolument normal.

Dans les jours qui suivent, l'évolution est favorable, et le contrôle hématologique montre une amélioration progressive des signes sanguins avec retour à la normale. Nous avons pu alors pratiquer un bilan plus complet du malade qui nous a montré, en dehors d'un état cardio-vasculaire satisfaisant, une importante scoliose dorso-lombaire avec déséquilibre des coupoles thoraciques.

Nous avons permis au malade de quitter le Service avec des pansements gastriques, un traitement par hépatothérapie et vitamine B_{12}. Nous le suivons régulièrement à la consultation externe du Service. Onze mois après cet incident, les hémorragies n'ont jamais fait leur réapparition et l'état général et fonctionnel est satisfaisant.

En conclusion : hernie hiatale cardio-œsophagienne de volume assez important, caractérisée par des signes thoraciques et digestifs mineurs, et qui s'est accompagnée d'hémorragies assez abondantes, mais qui, pour le moment, n'ont pas récidivé.

OBSERVATION N° 5

M. B... (Pierre), 55 ans, cultivateur. Ce malade entre dans le Service le 26 novembre 1957, en raison de troubles de l'état général qui ont débuté depuis trois mois environ, et qui se caractérisent par un amaigrissement d'une dizaine de kilogrammes, de l'asthénie, de l'anorexie, et une anémie. L'interrogatoire permet de découvrir cependant que ce sujet présente depuis plus de quinze jours un melæna quotidien.

L'examen de l'abdomen est pratiquement impossible en raison d'une très importante cyphose due à une spondylarthrite ankylosante, dont le début remonte à plus de vingt-cinq ans.

Les examens paracliniques donnent les résultats suivants :

1° Du point de vue hématologique, il existe une anémie à 2 400 000 avec anisocytose et poïkilocytose, et une légère baisse de la valeur globulaire. La leucocytose est normale mais s'accompagne d'une polynucléose discrète. La moelle est normale, elle est, en outre, riche en éléments de la série myélocytaire et érythroblastique;

2° Le bilan hépatique est normal;

3° L'examen radiologique, difficile en raison des déformations thoraciques, ne peut être effectué qu'en position debout; il montre cependant d'une façon très nette un œsophage flexueux,

Obs. n° 5. — Cliché pris en position debout. Présence d'une volumineuse hernie hiatale, nettement visible au-dessus de la coupole diaphragmatique. On peut noter, par ailleurs, le trajet flexueux de l'œsophage qui présente par intermittence des dilatations.

dilaté par intermittence, et une volumineuse hernie hiatale, intéressant la presque totalité de la grande tubérosité. L'estomac est, par ailleurs, indemne de toute autre lésion organique.

En raison de la cypho-scoliose, il ne nous paraît pas possible de proposer au malade une intervention chirurgicale, et nous nous contentons de remonter son anémie à l'aide de transfusions sanguines, et de lui administrer des extraits hépatiques, plus de la vitamine B_{12}. Il quitte le Service en excellent état général. Nous lui prescrivons un traitement à base de pansements gastriques, et de vitaminothérapie. Nous avons l'occasion par la suite de réhospitaliser deux fois ce malade pour une reprise de ses manifestations hémorragiques. Celles-ci ont rétrocédé sous l'effet du traitement, de la même façon que lors de sa première hospitalisation.

En conclusion : volumineuse hernie hiatale chez un cyphotique, génératrice d'hémorragies répétées, se traduisant par du melæna et une anémie.

OBSERVATION N° 6

M. O... (Antoine), 72 ans, retraité des P.T.T. Ce malade entre le 13 avril 1958 dans le Service. Il présente depuis un mois et demi, des vomissements alimentaires et bilieux, accompagnés de douleurs au niveau de la région épigastrique haute, à type de crampe, mais sans impression de reflux œsophagien. Le malade a noté, en outre, par intermittence, l'émission de selles noirâtres. Enfin, et c'est ce qui motive son hospitalisation, les vomissements ont pris récemment un caractère sanglant. Le malade se présente comme un pléthorique; l'examen de son abdomen montre l'existence d'une hernie ombilicale, le foie et la rate sont de volume normal. L'auscultation du cœur est également normale, la tension artérielle est à 14-6.

Les examens paracliniques montrent :

1° Du point de vue hématologique, une absence d'anémie; il existe toutefois une légère leucocytose (10 000) avec polynucléose (80 %). Le taux de prothrombine est normal;

2° Le bilan fonctionnel hépatique est normal; il en est de même de l'urée sanguine;

3° Les examens radiologiques ne montrent aucune lésion anormale intrinsèque de l'œsophage. L'estomac ne présente non plus aucune image de lésion organique. Par contre, certains clichés en procubitus montrent une assez volumineuse hernie

Obs. n° 6. — Hernie hiatale cardio-œsophagienne, intermittente, visible uniquement sur les clichés en procubitus.

hiatale de type cardio-œsophagien. Par ailleurs, du point de vue cardio-vasculaire, on note une aorte majorée, et une augmentation modérée du ventricule gauche;

4° A l'électrocardiogramme, un bloc de branche droit.

En conclusion : il s'agit d'un sujet vasculaire, aux parois musculaires déficientes, présentant une volumineuse hernie hiatale cardio-œsophagienne et intermittente qui a occasionné des symptômes douloureux, des vomissements et des hématémèses.

OBSERVATION N° 7

M. F... (Joseph), 62 ans, a présenté à l'âge de 20 ans un abcès dorsal vraisemblablement d'origine pottique et traité par immobilisation plâtrée durant trois ans. Depuis plusieurs mois, il éprouve après les repas une impression de pesanteur à la partie haute du creux épigastrique, parfois suivie de brûlures œsophagiennes. Récemment, et à plusieurs reprises, il a émis d'abondantes selles noirâtres, et c'est ce dernier symptôme qui motive d'ailleurs son admission dans le Service. Il s'agit d'un sujet anémique, mais dont l'état général est relativement conservé. Les modifications squelettiques sont évidentes : cyphose dorsale avec hyperlordose lombaire. Par contre, l'examen clinique de l'abdomen, du cœur, du foie et de la rate sont négatifs.

En raison des manifestations digestives hautes et du melæna, nous demandons un transit de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum. Celui-ci nous permet de constater l'existence d'une volumineuse hernie hiatale cardio-œsophagienne, communiquant avec le reste de l'estomac par un collet relativement serré; en outre, l'œsophage, dans sa moitié inférieure, présente des images évoquant l'œsophagite. Aucune autre lésion n'est décelée. Les radiographies osseuses montrent au niveau de la colonne dorsale une cyphose à grand rayon avec syndesmophytes étagés sur toutes les vertèbres.

Du point de vue biologique, l'examen hématologique confirme l'anémie (2 500 000), celle-ci est du type hypochrome (VG = 0,6) et ne s'accompagne d'aucune modification notable de la formule blanche. L'exploration fonctionnelle hépatique est strictement normale.

Le malade est traité par le fer intraveineux, l'hépatothérapie, des transfusions, des pansements gastriques. Il quitte le Service très amélioré, sa numération sanguine étant revenue à la normale.

En conclusion : volumineuse hernie hiatale, survenue chez un sujet présentant d'importantes modifications squelettiques, et qui s'est caractérisée par du reflux œsophagien avec œsophagite et du melæna.

OBSERVATION N° 8

M. C..., 50 ans, représentant de commerce, entre d'urgence dans un service de chirurgie en raison d'hématémèses import tantes et répétées. Dans ses antécédents, on ne décèle aucun passé digestif de type ulcéreux. L'interrogatoire permet de relever toutefois quelques manifestations intermittentes de reflux gastro-œsophagien. Il s'agit, par ailleurs, d'un malade en assez bon état général, en dehors d'un certain degré d'anémie. L'examen clinique est absolument négatif. En raison de la répétition des hémorragies, les chirurgiens décident de faire faire un transit gastro-duodénal en période hémorragique, et nous appellent en consultation.

Les clichés digestifs montrent une petite hernie hiatale gastro-œsophagienne et intermittente. Par ailleurs, l'estomac et le duodénum ne présentent aucune autre image visible pouvant expliquer les hématémèses. Les chirurgiens décident alors d'intervenir afin de corriger l'anomalie cardio-tubérositaire.

L'exploration confirme d'ailleurs l'absence de toute autre lésion au niveau de l'estomac et du duodénum. Une réfection de l'angle de Hiss est effectuée.

Les suites immédiates sont favorables. Le malade a été revu dix-huit mois après l'intervention en excellent état général et fonctionnel.

En conclusion : petite hernie cardio-œsophagienne intermittente, génératrice d'hématémèses répétées, traitée avec succès par intervention chirurgicale.

OBSERVATION N° 9

M. S... (Pascal), 53 ans. Ce malade, qui présente dans ses antécédents une hypertension artérielle (25-12) ayant nécessité un arrêt de travail de six mois en 1952, est hospitalisé le 26 novembre 1957 dans le Service pour hémorragies intestinales. Le dimanche 23 novembre, sans prodrome, le malade émet du sang noir par l'anus. Ces hémorragies sont absolument isolées, et ne s'accompagnent d'aucun symptôme dyspeptique ni douloureux d'ordre épigastrique ou intestinal.

A son arrivée dans le Service, les selles sont toujours noirâtres, la température est à 38,6°C, la tension artérielle à 20-10, le pouls à 110. Le malade est pâle et fatigué. Après rétablissement de l'état général, l'examen montre une hépatomégalie ferme et d'importance modérée et une splénomégalie limitée à une rate percutable. Le reste de l'examen digestif est normal.

Au point de vue cardio-vasculaire, on note une tension artérielle élevée à 22-11 en moyenne. L'électrocardiogramme montre une arythmie complète, une hypertrophie ventriculaire gauche, une onde Q de position.

Les examens paracliniques montrent :

1° Du point de vue hématologique, une anémie avec leucocytose et polynucléose

GR = 2 400 000
GB = 15 000
Pn 80 %
PE 2 %
PB 0 %
L 16 %
M 2 %

Un taux de prothrombine à 75 %, mais qui reviendra rapidement à la normale;

2° L'examen radiographique montre un œsophage normal. L'estomac ne présente aucune image organique de ses faces ou de ses courbures. Il existe, sur certains clichés seulement, et en particulier sur ceux pris après la déglutition, une image de hernie hiatale qui apparaît sur les clichés grosse comme une noix, et qui est de type cardio-œsophagien.

L'évolution du tableau est favorable, l'anémie se répare et les selles reprennent un aspect absolument normal.

En conclusion : malade hypertendu et vasculaire, présentant une hernie hiatale cardio-œsophagienne intermittente, qui paraît être à l'origine d'hémorragies digestives caractérisées par du melæna, et qui sont restées isolées.

OBSERVATION N° 10

M. R... (Emile), 60 ans, cantonnier. Ce malade, qui a déjà présenté il y a plusieurs années une hématémèse isolée, se plaint depuis deux mois de douleurs épigastriques hautes, à type de pincement, survenant sans horaire fixe. Il y a trois semaines, est survenue une hématémèse abondante accompagnée d'un tableau de shock hémorragique. C'est pour cette raison que ce malade nous est adressé en vue d'un bilan digestif.

A l'entrée, il s'agit d'un sujet pléthorique, qui paraît avoir bien compensé sa déperdition sanguine antérieure. Il avoue un éthylisme d'importance moyenne. L'examen de son abdomen, qui est le siège d'une certaine adiposité, ne nous montre ni hépatomégalie, ni splénomégalie. L'auscultation du cœur est normale. A l'heure actuelle, le malade se plaint toujours de quelques phénomènes douloureux, au niveau de la région épigastrique; ceux-ci paraissent toutefois améliorés depuis l'hémorragie.

Les examens paracliniques montrent :

1° Du point de vue hématologique : l'absence d'anémie. La formule et la numération sanguine sont normales. Seule est à noter une augmentation de la leucocytose globale à 12 000;

2° Les épreuves fonctionnelles hépatiques sont normales; il en est de même de l'urée sanguine;

3° L'examen radiographique de l'œsophage est normal, on ne relève notamment aucune image de varice œsophagienne. L'estomac, sur certains clichés en procubitus, montre l'image d'une hernie hiatale ayant l'aspect en molaire. Cette hernie est de type cardio-œsophagien, et au demeurant intermittente. Il existe, en outre, une gastrite tubérositaire; par contre, on ne note aucune autre image organique de l'estomac ou du duodénum. Par ailleurs, du point de vue vasculaire, le cliché thoracique montre une majoration de l'aorte, une nette augmentation de volume du ventricule gauche;

4° L'électrocardiogramme décèle un bloc de branche gauche.

En conclusion : malade pléthorique, vasculaire, éthylique, présentant une hernie hiatale de moyen volume cardio-œsophagienne, intermittente et une gastrite tubérositaire. Il est certain que dans ce cas la symptomatologie fonctionnelle peut être autant attribuée à cette gastrite qu'à la hernie hiatale.

OBSERVATION N° 11

M. N... (André), 55 ans. Ce malade, dont les antécédents ne présentent rien de particulier, se plaint depuis deux ans d'une dysphagie, d'abord intermittente, puis presque permanente, intéressant les solides. Cette dysphagie s'accompagne de sialorrhée et de régurgitations alimentaires qui prennent parfois une allure franchement sanglantes. A l'entrée, le malade est asthénique, légèrement anémique; il a maigri de 14 kg au cours de l'année précédente.

L'examen clinique est négatif.

En raison des symptômes, l'attention est tout d'abord orientée sur l'œsophage. Or, l'examen radiologique de ce dernier est normal; en outre, l'œsophagoscopie montre une œsophagite du tiers inférieur. Nous demandons alors un transit gastro-duodénal, avec examen de la grosse tubérosité et du cardia. Cet examen met en évidence une hernie hiatale cardio-œsophagienne de moyen volume arrondie, intermittente, avec reflux œsophagien.

Par ailleurs, du point de vue biologique, la numération-formule montre une anémie modérée à 3 400 000 isochrome, sans leucocytose (7 500) avec avec discrète polynucléose (polynucléaires neutrophiles 72, œsinophiles 3, lymphocytes 18, monocytes 7). Les épreuves fonctionnelles hépathiques sont absolument normales.

Le malade quitte le Service avec un traitement par l'argent colloïdal et les gels d'alumine. Il est revu trois mois plus tard à la consultation, très amélioré, ayant repris 4 kg et ne présentant plus de manifestations fonctionnelles.

En conclusion : hernie de moyen volume, cardio-œsophagienne, intermittente, avec œsophagite hémorragique, dont le tableau symptomatique en imposait pour un cancer de l'œsophage.

OBSERVATION N° 12

M. H... (Auguste), 64 ans, manœuvre, qui a été opéré il y a une vingtaine d'années d'une hernie inguinale bilatérale, présente depuis deux ans une symptomatologie œsophagienne basse avec parfois des phénomènes dysphagiques très intermittents, et surtout des régurgitations et un pyrosis. Récemment, il a présenté plusieurs poussées de melæna.

L'examen clinique général est satisfaisant.

L'examen radiologique gastro-duodénal montre une hernie hiatale de type cardio-œsophagien, de moyen volume et intermittente. Par ailleurs, on ne relève aucune autre lésion gastro-duodénale.

L'examen fonctionnel hépatique est normal.

L'examen cardiaque, clinique, radiologique, électrocardigraphique est normal. Du point de vue ostéo-articulaire, on ne relève aucune déformation, la radiographie montre seulement une petite cervicarthrose.

L'examen hématologique est à l'heure actuelle strictement normal; l'interrogatoire révèle d'ailleurs que depuis quelques jours le melæna a complètement disparu. Nous avons laissé sortir le malade avec un traitement par pansements gastriques et hormones mâles.

En conclusion : hernie hiatale de moyen volume, cardio-œsophagienne, intermittente, caractérisée essentiellement par des manifestations de reflux œsophagien et éventuellement par quelques phénomènes hémorragiques à type de melæna.

OBSERVATION N° 13
(*Observation personnelle*)

M. B... (Joseph), 75 ans, doit être hospitalisé d'urgence en raison d'un melæna abondant. Ce malade, qui ne présente par ailleurs aucun passé digestif, se plaint depuis une dizaine de jours d'une asthénie intense, et de fréquentes lipothymies qui précèdent de peu les émissions de selles noires. En outre, l'interrogatoire met en évidence l'existence de crises de hoquet apparues peu de temps avant les premières manifestations hémorragiques.

Au moment de son hospitalisation, le malade est pâle et fatigué, les selles sont toujours noires. L'examen clinique, de son côté, s'avère entièrement négatif.

L'examen hématologique pratiqué d'urgence, met en évidence une importante anémie à 2 000 000, avec leucocytose.

L'examen radiologique montre sur les clichés en position de Trendelenbourg et sous compression, l'existence d'une assez volumineuse hernie hiatale, cardio-œsophagienne et intermittente. L'œsophage, l'estomac et le duodénum ne présentant, par ailleurs, aucune image de lésion organique.

Traité par de petites transfusions répétées et par des pansements gastriques, ce malade voit son état s'améliorer très rapidement. Récemment, soit plus de deux ans après les accidents hémorragiques dont nous venons de parler, nous avons revu ce malade; son état général est excellent et les hémorragies n'ont pas récidivé à ce jour.

En conclusion : assez volumineuse hernie hiatale, cardio-œsophagienne et intermittente, se traduisant uniquement par un melæna abondant qui paraît avoir été déclanché par de fréquentes crises de hoquet.

Conclusion

1. Les formes hémorragiques des hernies hiatales de l'adulte ne comprennent que les cas où l'hémorragie a été macroscopique. Cette étude exclus donc les formes dites « anémiques », bien que ces dernières trouvent probablement leur explication dans un saignement occulte plus ou moins continu. Il faut également que la hernie hiatale soit la seule cause décelable de l'hémorragie à l'exclusion de toute autre affection digestive pouvant lui être associée.

2. Les hernies hiatales paraissent, d'une façon générale, une des affections les plus couramment rencontrées en pathologie digestive. Il est donc raisonnable de penser qu'un certain nombre d'hémorragies classées dans le groupe dit « de cause inconnue » puisse trouver en elles une explication.

3. Du point de vue clinique, il peut s'agir : d'une hématémèse, d'un melæna isolé, ou d'une association de ces deux symptômes. L'importance de l'hémorragie est variable. Si son pronostic immédiat est généralement favorable, l'évolution ultérieure est assez imprévisible. Selon les cas, le phénomène hémorragique peut constituer l'essentiel du tableau clinique, ou s'associer à des signes digestifs évocateurs de la hernie. Ces signes doivent être recherchés systématiquement chez tout malade qui a présenté un saignement d'origine digestive qui ne fait pas sa preuve.

4. Du point de vue radiologie, la variété de hernie hiatale la plus couramment rencontrée est la hernie de type cardio-œsophagien. Le volume et l'importance de la hernie sont des plus variables, et il n'y a aucune relation entre la morphologie de la hernie d'une part et sa tendance hémorragique d'autre part.

5. Le diagnostic, aiguillé par l'interrogatoire, sera essentiellement fait par l'examen radiologique. Celui-ci peut, sans inconvénient, lorsque les circonstances l'exigent, être pratiqué d'urgence. L'endoscopie est une méthode d'appoint dans le bilan des lésions.

6. Du point de vue anatomie pathologique, il convient de souligner les lésions inflammatoires de la muqueuse au niveau de la poche herniée, l'œsophagite peptique sus-jacente, et les modifications veineuses à type de stase et de thrombose.

7. Du point de vue physio-pathologie, l'explication des hémorragies n'est pas univoque, il peut s'agir soit d'œsophagite peptique, soit de phénomènes mécaniques s'exerçant au niveau du collet de la hernie.

8. Du point de vue thérapeutique, le traitement est en règle médical. La chirurgie trouve ses indications : dans l'échec du traitement médical; lorsque l'hémorragie apparaît chez un malade porteur de lésions nécessitant une intervention chirurgicale (œsophagite peptique grave, ulcère, cancer...) ; enfin, lorsque l'hémorragie, par son abondance ou sa répétition, met en jeu le pronostic vital du malade.

Vu : *Le Président,*
DARNAUD.

Vu : *Le Doyen,*
LAZORTHES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Toulouse, le 3 mai 1960.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN.

Bibliographie

[1] Akerlund. — Hernies diaphragmatiques de l'hiatus œsophagien au point de vue anatomique et radiologique. *Acta Radiologica,* 1926.

[2] Albouy (A.). — Hernies diaphragmatiques par l'hiatus œsophagien. *Thèse,* Toulouse, 1952.

[3] Allemand (M.). — Contribution à l'étude des lésions anatomiques et du traitement chirurgical dans les grandes hémorragies gastriques aiguës. *Thèse,* Lyon, 1933.

[4] Allison. — Œsophagite de reflux. *The Lancet,* 1950.

[5] Arnulf et Buffard. — Sur la radiographie d'urgence dans les grandes hémorragies gastro-duodénales. *Arch. Mal.* App. Dig., 1955, **44,** pp. 669-673.

[6] Barre (Y.), Debray (Ch.), Lafitte (A.), Lambling (A.), Lortat-Jacob (J.-L.) et Siguier (F.). — Faut-il opérer les hernies diaphragmatiques ? Confrontations thérapeutiques de l'Hôpital Necker. *Presse Méd.,* 1958, **66,** n° 11, pp. 222-226.

[7] Belluci (A.). — Les formes cardio-vasculaires de la hernie hiatale. *Thèse,* Toulouse, 1959.

[8] Binet (J.-P.). — Voies d'abord et procédés de réparation des hernies diaphragmatiques de l'adulte. *Revue du Praticien,* 11 septembre 1956, **3,** n° 23.

[9] Bloom. — Nouvelle méthode de mise en évidence des hernies diaphragmatiques par l'orifice œsophagien. *Canadian Medical Association,* juillet 1937, vol. 57.

[10] Brette (R.). — Les hernies diaphragmatiques de l'hiatus œsophagien. *Revue Lyonnaise de Médecine,* juin 1959, **8,** 843.

[11] Brombart (M.). — La radiologie clinique de l'œsophage. 1 vol., Masson, édit., Paris, 1956.

[12] Brugger, Della Santa et March. — Hernies diaphragmatiques et anémies. *Praxis,* 1949, **38,** n° 40, pp. 883-891.

[13] Cachin (M.), Pergola (F.) et Lévillan (R.). — Hernies diaphragmatiques et thromboses veineuses. Etude anatomique. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris,* 1955, **21,** 793.

[14] Caquot. — La hernie diaphragmatique de l'estomac; essai pathogénique. *Thèse,* Paris, 1933.

[15] Carnot et Lafitte. — Hématémèse et hernies diaphragmatiques. *Arch. Mal. App. Dig.,* 13 décembre 1937.

[16] Chilot (R.). — Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique. La forme anémique. *Thèse,* Paris, 1939.

[17] Darnaud (Ch.), Denard (Y.), Moreau (G.), Voisin (R.) et Belluci (A.). — Formes cardiaques des hernies hiatales. *Sud Médical et Chirurgical,* 31 décembre 1959, n° 2, p. 452.

[18] David (M.). — Réflexions sur les hernies diaphragmatiques. *Thèse,* Bordeaux, 1952.

[19] Debray (Ch.) et Hardouin (J.-P.). — Hernies diaphragmatiques non traumatique de l'adulte. *Revue du praticien,* 1958, **6,** n° 23, p. 2517.

[20] Debray (Ch.) et Hardouin (J.-P.). — La toux spasmodique de décubitus signe de hernie gastrique de l'hiatus œsophagien. *Presse médicale,* 2 février 1957, **65,** p. 207.

[21] Debray (Ch.) et Collaborateurs. — Diagnostic radiologique des hernies hiatales. *Concours Médical,* 12 octobre 1957, **79,** p. 4337.

[22] Debray (Ch.), Hardouin (J.-P.), Jouraud (F.). — Traitement des hernies hiatales chez l'adulte. Les entretiens de Bichat. *Médecine,* 1958, pp.281-286.

[23] Debray (Ch.), Hardouin (J.-P.) et Joubaud (F.). — Les hémorragies des hernies hiatales chez l'adulte. *Arch. Mal. App. Dig.*, t. **48**, n°s 7-8 *bis*; *J. Fr. Gastro-Entér.* (Suppl. aux n°s 7-8, juillet-août 1959).

[24] Demole. — Contribution à l'étude de l'origine des hématémèses. *Thèse*, Paris, 1931.

[25] Derra (E.) et Reiter (H.). — Les hernies hiatales du diaphragme et leur traitement chirurgical. *Dtsche med. Wschr.*, 27 mars 1959, **84**, n° 13, p. 582.

[26] Deslandes. — Syndromes anémiques graves et hernies diaphragmatiques. *Thèse*, Paris, 1939.

[27] Desneux (J.-J.). — L'endoscopie d'urgence dans les hémorragies digestives aiguës. *Arch. Mal. App. Dig.*, novembre 1958.

[28] Dubos. — Hémorragies gastriques sans ulcération. *Thèse*, Paris, 1928.

[29] Dubost (Ch.) et Blondeau (P.). — Les hernies par l'hiatus œsophagien chez l'adulte. *Presse Médicale*, février et mars 1956, **64**, n° 9.

[30] Dupras (J.). — Symptomatologie radiologique des hernies de l'hiatus gastro-œsophagien. *Vie Médicale* (enquête, mai 1957).

[31] Duprey. — Forme anémique de la hernie diaphragmatique de l'estomac, caractères et origine de l'anémie, traitement chirurgical. *Thèse*, Paris, 1945.

[32] Duval-Roux. — Hématémèses sans ulcération dans les gastropathies douloureuses. *Société de Chirurgie de Paris*, 1932.

[33] Funck-Brentano, Ledoux, Lebard et Thiroloix. — La phrénicectomie, méthode de traitement paliatif de la hernie diaphragmatique. *Acad. de Chir.*, 1943, p. 485.

[34] Harrington (S.-W.). — Traitement chirurgical des types les plus connus de hernies diaphragmatiques. *Ann. of Surg.*, october 1945, **122**, n° 4, p. 146.

[35] Harvier. — Syndrome général des hernies diaphragmatiques chez l'adulte. *Revue du Praticien*, 11 sept. 1956.

[36] Hillemand (P.) et Collaborateurs. — A propos des formes anémiques des hernies diaphragmatiques de l'estomac chez l'adulte. *Presse Médicale,* 13 février 1954, **62,** p. 223.

[37] Hillemand (P.) et Collaborateurs. — Hernie diaphragmatique et épreuve à la prostigmine. Conséquences thérapeutiques. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris,* 1955, **71,** p. 839.

[38] Hillemand (P.), Mathieu (P.), Barre (Y.) et Bernard (H.-J.). — Orientations récentes à propos des hernies hiatales et du reflux gastro-œsophagien. *Arch. Mal. App. Dig.,* septembre-oct. 1955, n°s 9-10, pp. 1044-1052.

[39] Hillemand (P.) et Wattbeld. — Hernie de l'hiatus œsophagien. *Presse Médicale,* 1953, **43,** p. 886.

[40] Honain. — L'anémie dans la hernie diaphragmatique de l'adulte. *Presse Médicale,* 21 juillet 1951, pp. 1044-1047.

[41] Kenneth et Gardner. — Hernies diaphragmatiques avec anémie secondaire. *American Journal of Medecine,* 1933, **185,** p. 561.

[42] Laroyenne (L.). — Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques. *Thèse,* Lyon, 1953.

[43] Laurence. — Analyse et synthèse des hernies diaphragmatiques. *Revue du Praticien,* 11 septembre 1956.

[44] Lian, Siguier et Welti. — Hernies diaphragmatiques et thromboses veineuses. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.* Paris, 23 avril 1952, n° 4, p. 68; n°s 14-15, p. 467.

[45] Léger (L.) et Ballade (R.). — Les hémorragies des hernies hiatales. *Presse Médicale,* 28 février 1953, **61,** n° 14.

[46] Lortat-Jacob (J.-L.) et Robert (F.). — Les hernies diaphragmatiques. Traité de pathologie chirurgicale de F. d'Allaines, 3, première partie, pp. 29-33. Flammarion, éditeur, Paris, 1956.

[47] Lortat-Jacob (J.-L.) et Maillard (J.-N.). — Le traitement chirurgical des maladies du reflux gastro-œsophagien. *Presse Médicale,* 9 mars 1957, **65,** n° 20, pp. 455-456.

[48] Mendelsohn (E.A.). — Hiatus hernia of the stomach as a source of gastro-intestinal bleeding. *Radiology,* 46, 1946, pp. 502-506.

[49] Mazzarella (A.) et Pototschnig (C.). — A propos des complications de la hernie diaphragmatique. *Minerva Pédiatr.*, 1956, **8**, 84.

[50] Michaelides (G.J.) and Philips (H.-C.). — Anémie associée à la hernie hiatale. *The Lancet*, 14 march 1959, 552.

[51] Miller (L.) and Bowden (Ch.J.). — Massive hematemesis from hiatus hernia. *Arch. of Surg.*, 1951, **63**, n° 2, p. 143.

[52] Mixter (G.) and Hinton (J.W.). — Gastroduodenal hemorragic diathesis. *New York State Journal of Medecine*, 1 december 1957, **57**, p. 3808.

[53] Pavlowsky, Neuman, Joly. — Hémorragies graves par hernie diaphragmatique. *Pensa Medica Argentina*, 7 juillet 1950.

[54] Quenu (J.). — Les hernies diaphragmatiques. *Thèse*, Paris, 1920.

[55] Ramond. — Hémorragies digestives solitaires sans ulcère. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1930, p. 958.

[56] Ravault, Roche et Confavreux. — Hernie diaphragmatique compliquée d'hématémèses. *Lyon Médical*, 1946.

[57] Robert (F.) et Bréchot (G.). — Hématémèses et hernies diaphragmatiques. *Semaine des Hôpitaux*, 14 juin 1956, p. 2081.

[58] Robert (F.) et Pradel. — Dix cas de hernie diaphragmatique. *Société Nat. Franç. Gastro-Entér.*, séance du 9 janvier 1950.

[59] Robert (F.), Raguin (M.) et Welfling (P.). — Anatomie radiologique de l'œsophage inférieur. *Semaine des* Hôpitaux, 14 juin 1956.

[60] Roy Camille. — Hernies hiatales de l'adulte. *France Médicale*, décembre 1957, **20**, 3.

[61] Rudler (J.C.) et Garnier (H.). — A propos de quarante-quatre interventions pour hernie par l'hiatus œsophagien chez l'adulte. *Ann. Chir.*, mars 1958, 254.

[62] Santy (P.). — Les hernies gastriques de l'hiatus œsophagien. *Concours Médical*, 2 janvier 1954.

[63] Santy (P.) et Margotton. — Traitement chirurgical des hernies diaphragmatiques de l'hiatus œsophagien. *Rev. de Chir.*, mai-juin 1950.

[64] Tolleron (R.L.). — De quelques cas de hernies diaphragmatiques. *Thèse,* Paris, 1944.

[65] Vachon (A.) et Juvanon. — Etiologie et diagnostic des hémorragies digestives. *Journ. Méd. Lyon,* 5 mai 1959, **40,** p. 394.

[66] Walstad and Carlson. — Phrénicectomie pour hématémèse par hernie diaphragmatique. *The American Journal of Surgery,* april 1952, **83,** n° 4, pp. 567-569.

[67] Wattbeld. — A propos des hernies de l'estomac par l'hiatus de l'œsophage. *Thèse,* Paris, 1953.

[68] Wattbeld. — Symptomatologie clinique et traitement des hernies de l'hiatus gastro-œsophagien. *La Vie Médicale,* enquête, mai 1957, p. 619.

Table des Matières

INTRODUCTION. 11

HISTORIQUE. 13

ETIOLOGIE. 15

La fréquence.
L'âge.
Le sexe.
Les causes déclanchantes des hémorragies.

ETUDE CLINIQUE. 21

Les manifestations hémorragiques.
Les hématémèses.
Le melæna.
L'association hématémèse et melæna.
Les signes associés.
La douleur.
Le pyrosis.
Les régurgitations.
Les nausées et les vomissements.
La dysphagie.
L'anorexie, l'aérophagie.
Les manifestations cardio-respiratoires.
Note psychique.
Les aspects cliniques.
Les formes hémorragiques pures.
Les formes hémorragiques présentant des signes de hernie hiatale.
Les formes associées.

EXAMENS PARACLINIQUES. 33

La radiologie.
L'œsophagoscopie.
La gastroscopie.

DIAGNOSTIC. 39
Diagnostic positif.
Diagnostic différentiel.
ANATOMIE PATHOLOGIQUE. 42
PHYSIO-PATHOLOGIE. 44
Les phénomènes mécaniques.
L'œsophagite peptique.
TRAITEMENT. 47
Les moyens thérapeutiques.
Les indications.
Les résultats.
OBSERVATIONS. 53
CONCLUSION. 67
BIBLIOGRAPHIE. 69